



LA LEGGE PER TUTTI

INFORMAZIONE E CONSULENZA LEGALE

Sintomi ipocondria

Autore: Denise Ubbriaco | 22/09/2020



Una vita segnata dalla paura e dalla convinzione di essere affetti da qualsiasi patologia e di non essere adeguatamente curati. Quali sono i timori dell'ipocondriaco? A chi rivolgersi? Come intervenire? Tutto ciò che c'è da sapere sul disturbo e le ultime pronunce giurisprudenziali.

Un tempo, ci si affidava soltanto ai medici. Ora, per molti, non sono più sufficienti le rassicurazioni e le diagnosi degli esperti, pertanto ci si improvvisa dottori

attraverso le risposte che appaiono sui motori di ricerca dopo aver digitato i sintomi che il paziente ha riscontrato e dopo aver ricercato la patologia di cui ritiene essere affetto. Ed è così che aumentano le preoccupazioni e si rischia di sopravvalutare o sottovalutare un problema. Ma Internet e il web non possono sostituire il parere di un medico e, neppure, l'importante rapporto medico-paziente. Ma come mai allora molti individui, anche di fronte alle analisi e alle diagnosi inconfutabili degli specialisti, non sono ancora "soddisfatti"? Perché questi pazienti ritengono di non essere adeguatamente curati dai medici? Con molta probabilità, si tratta di ipocondriaci.

Ma **cos'è l'ipocondria?** Quali sono i **sintomi dell'ipocondria?** Nel paziente ipocondriaco, sono eccessive le preoccupazioni nei confronti delle proprie funzioni corporee, delle alterazioni fisiche di lieve entità e delle sensazioni vaghe o ambigue.

In genere, non appena viene scongiurata la minaccia di una malattia, ci si sente sollevati e rassicurati dal fatto di aver scampato il pericolo della diagnosi di una patologia con possibile esito infausto. Al contrario, l'ipocondriaco ritiene che se un esame è andato bene, ciò non significa che il pericolo sia realmente scampato; pertanto, dopo poco tempo, si convincerà di essere affetto da qualche altra grave malattia.

Per saperne di più sull'ipocondria e conoscere quali sono i sintomi, le cause e le cure, prosegui nella lettura del mio articolo. A seguire troverai l'**intervista al dr. Matteo Pacini** (medico chirurgo, specialista in Psichiatria, docente di Medicina delle Dipendenze presso il Dipartimento di Psichiatria all'Università di Pisa). Dopo l'intervista, ti parlerò delle ultime pronunce giurisprudenziali sui pazienti ipocondriaci.

Cos'è l'ipocondria?

Si tratta di una condizione di preoccupazione per le proprie funzioni corporee. Il **rapporto con il medico** è automaticamente deviato su un terreno ambiguo. L'ipocondriaco diviene, su questo terreno, un paziente difficile, in quanto insistente dai **malanni immaginari**, o un pericoloso autodidatta che compie accertamenti usando i medici ma non secondo indicazioni mediche, avvitandosi intorno alla sua preoccupazione.

L'**ipocondriaco** non distingue più tra sintomo primario e **preoccupazione**, poiché il sintomo è definito dal peso soggettivo e anche nella normalità dipende dalla preoccupazione: ci si rivolge al medico quando c'è un qualcosa che ci preoccupa. Quando questa preoccupazione prende la via della necessità di sapere che non si tratta di niente, anziché con un coerenza diretta tra fastidio e richiesta di accertamento, si può entrare nel **circolo vizioso dell'ipocondria**. In questo circolo, tutto ciò che asseconda le richieste alimenta l'ipocondria, e anzi fornisce informazioni che poi entrano in gioco nell'evoluzione della preoccupazione.

Naturalmente, sono comprese anche le funzioni mentali. Ci sono ipocondriaci che temono i tumori o la sclerosi multipla, ma anche quelli che temono la [schizofrenia](#), la demenza o la depressione. Il punto è lo stesso: qualcosa che sia incontrollabile e con prognosi infausta. Nessuno teme di avere **malattie** facilmente curabili, ovviamente. E nessuno teme l'ipocondria.

Il termine ipocondria è scomparso dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Nel linguaggio medico, si parla di “disturbo da sintomi somatici” e “disturbo da ansia di malattia”. Come mai?

Su questo il DSM non è stato molto chiaro. Infatti, i disturbi somatici sono sostanzialmente di due tipi. E poi c'è l'ipocondria che è un'altra cosa ancora. Molti **disturbi psichici** si esprimono anche con sintomi corporei, talora si esprimono prima con sintomi corporei, o prevalentemente con sintomi corporei anche quando quelli psichici, volendo accertarli, sono evidenti. Si parla, in questo caso, di forme psichiche “mascherate” (dai **sintomi corporei**). La tipica situazione in cui qualcuno si cura per maldefiniti disturbi allo stomaco e il medico gli fa notare che forse è il caso di farsi vedere da uno **psichiatra**.

Diversa è, invece, la situazione del cosiddetto “**disturbo di somatizzazione**”. In questo caso, la persona utilizza la lamentela somatica come modo di esprimere un disagio, non necessariamente corrispondente a qualcosa di corporeo. Si tratta cioè

di un “lamentarsi per via corporea” che è diverso dall’aver sintomi corporei. La persona può anche arrivare ad assumere condotte di un **malato somatico**. Ad esempio, evitando certi alimenti o dicendo che lo fa, evitandosi sforzi con la giustificazione che non ne può fare, dichiarando limiti e sofferenze fisiche alla base dell’esigenza di essere assistito o controllato.

Quali sono i sintomi del paziente ipocondriaco?

L’ipocondriaco non ha né un problema di sintomi corporei, né un problema di lamentela somatica. Egli è preoccupato di poter **avere qualche malattia**. Quindi, il suo problema vero non è la malattia, ma la preoccupazione. Soltanto che le due cose diventano un tutt’uno quando indica i suoi sintomi, fa domande e chiede accertamenti. A volte, infatti, prende la via dell’autogestione e, quindi, si preoccupa da solo e si tranquillizza da solo sulla base di convinzioni e rassicurazioni che si costruisce.

Ci sono due principali atteggiamenti. Quello fobico, in cui la preoccupazione cresce ma la persona non ne vuole parlare, o comunque non vuole intervenire, perché è terrorizzata dall’idea che gli si faccia la diagnosi della malattia che teme. Chiaramente, questa paura non è legata al suo oggetto, ma è indipendente, perché altrimenti la persona avrebbe interesse nell’intervenire subito, se non altro sul piano istintivo.

L’altro **atteggiamento** è quello di chi è invece attivo nell’accertare e che vede nell’accertamento un mezzo per chiarire, ovviamente all’inizio a proprio favore. Questo tipo di ipocondriaco si riconosce perché non si ferma mai quando si trovano cose che il medico non ritiene di dover approfondire e sembra quasi insistere per trovare qualcosa. La preoccupazione che egli manifesta per l’**accertamento** è, in verità, legata a ciò che teme rispetto alla **convinzione** che si è fatto e non segue più la linea della diagnosi medica. Infatti, egli insisterà per guidare gli accertamenti o partirà già con una diagnosi che ritiene certa o probabile. Magari insiste per accertare dettagli di diagnosi mai fatte che possano essere coerenti con l’ipotesi diagnostica che lo attira.

Quali sono le cause dell'ipocondria?

Le forme vere e proprie sono solitamente di natura ossessiva. Perché un soggetto entri in allarme sul versante salute piuttosto che su un altro versante può dipendere da temi di **paure personali** e/o di **esperienze vissute**. Oppure, ci sono ipocondrie secondarie, per esempio quella che si sviluppa in chi ha [attacchi di panico](#) ed è legata a quel tipo di sintomi e a quelle esperienze, anche quando non ci sono attacchi. Sia per timore che non sia panico, ma altro; sia per timore di poter morire di panico.

Sicuramente, quel che la aggrava è il libero accesso all'informazione medico-biologica, dove per libero si intende "incontrollato" e dove per incontrollato si intende che la rete non può distinguere tra informazione corretta, neanche minimamente, e sciocchezze complete. Si può trovare una conferma o una ragione a qualsiasi paura o ipotesi, e il suo contrario. In più, la caratteristica dell'**informazione ipocondriaca** è il "picking up", cioè prendere solo degli elementi che colpiscono il punto di vista ipocondriaco, senza una coerenza generale. Tipicamente, ad esempio, la persona si preoccupa di un effetto collaterale possibile, ma non di altri cento.

Batte parole chiave e rintraccia **articoli** che confermerebbero la sua **autodiagnosi**, ritenendo questo accettabile come percorso diagnostico. Spesso, non dà peso né significato agli elementi di un lavoro scientifico che, invece, per un medico sono quelli fondamentali per capire il senso delle conclusioni. Fuori dalla rete, l'ipocondriaco interagisce con il medico nello stesso modo, ma la cosa sarebbe di per sé già più difficile.

Perché spesso gli ipocondriaci ritengono di non ricevere le cure appropriate?

La vera ragione sta nel fatto che ricevono cure per i sintomi che lamentano e questo non risolve l'ipocondria. Un soggetto che abbia timore della diarrea e riceva un anti-diarrea potrà andare meno spesso in bagno, ma l'ipocondria continua a bussare e troverà qualcosa di preoccupante anche in queste condizioni.

Quali sono i soggetti maggiormente colpiti dall'ipocondria?

Sono frequenti le ipocondrie infettive tra i più giovani e direi che tra i più anziani prevalgono, invece, altri tipi di disturbi con sintomi somatici che hanno un significato diverso.

Preoccuparsi della propria salute significa essere ipocondriaco?

No, il punto è quando questo atteggiamento crea il **malessere** in sé (la preoccupazione) oppure quando, pur essendo una convinzione anche radicata, produce dei danni effettivi alla salute o alla salute mentale complessiva. I soggetti che partono "**salutisti**" possono in una prima fase vivere l'ipocondria con il contrappeso delle loro conoscenze sulle abitudini sane e quindi fare a braccio di ferro con i propri timori nella convinzione di contrastare i rischi con i benefici delle loro abitudini o pratiche salutistiche. Quando arrivano ad interagire con i medici sono mal gestibili perché cercano nel medico un braccio destro per sostenere i loro meccanismi rassicuranti e accettano negativamente che si inquadri la cosa in termini ipocondriaci.

Come avviene la diagnosi di ipocondria?

C'è un punto morto del discorso diagnostico. Quando si fanno accertamenti, ci sono due terre di nessuno. Una sono i cosiddetti "incidentalomi", cioè reperti che ci sono ma sono sostanzialmente benigni o apparentemente innocui, ma si trovano al di là di quel che uno stava cercando. Una volta trovati, necessitano di approfondimento per escludere che siano malattie su cui intervenire. Moltiplicando gli esami, si moltiplicano però anche questo tipo di situazioni.

L'altro caso sono le **diagnosi indefinite**. A volte, ci si ferma a diagnosticare situazioni in cui sembrano esserci più fattori, ma senza che nessuno specialista definisca una diagnosi o sia sicuro di come intervenire. Ad esempio, dolori che sono un po' ossei, un po' muscolari, un po' neurologici, forse un po' "da stress" etc.

Tipicamente, le cure date funzionano poco o temporaneamente ed il paziente inizia a **ripetere gli accertamenti** come se dovesse approfondire ciò che in realtà rimane sostanzialmente indefinito. Del resto, si tratta di situazioni pseudo-sintomatiche, che vengono fuori da accertamenti per preoccupazioni e quindi di per sé non prevedono neanche che ci sia alcun sintomo particolare.

Cosa dire ad una persona ipocondriaca? Come farle capire che è affetta da un disturbo?

L'ipocondriaco in verità lo sa ed è contento di essere riconosciuto. Bisogna, però, poi scontrarsi con il suo modo di interagire, che pone degli allarmi, e purtroppo quindi costringe ad accertamenti. Gli **ipocondriaci gravi** reagiscono alle opposizioni dei medici in vari modi, ma se ritengono che il medico sia comprensivo, cercando di indurlo ad assecondarli.

Quindi, ad esempio, presentano il sintomo come oggettivo. Dicono che sono svenuti, anziché che stavano per svenire; affermano che hanno vomitato, anziché dire che si sentivano sul punto di vomitare; sostengono che non vanno in bagno da giorni, quando in realtà ci vanno ma secondo loro troppo poco. Oppure, riferiscono sintomi che spaziano dal vago al corrispondente a ciò che hanno letto, ovvero dettagli preoccupanti in una cornice assolutamente incongrua di **vaghezza** e sostanziale assenza di **segni grossolani**.

Come bisogna intervenire in questi casi?

Va capito cosa una **persona ipocondriaca** teme, perché spesso non teme quello che davvero significa la malattia temuta. Ad esempio, ci sono persone terrorizzate dall'idea di essere diagnosticate depresse. All'inizio, capivo poco perché. Queste persone sono terrorizzate dall'idea di potersi suicidare, come se la cosa prendesse corpo solo per una diagnosi, o di poter perdere contatto con la realtà. Spesso, se si chiedono dettagli sulla paura, si capisce bene che il paziente non parla di sintomi, ma di paura di sintomi.

C'è un caso che vuole condividere con noi o c'è una riflessione che vuole fare sull'ipocondria?

Più che un caso, vorrei fare una riflessione. Esiste un'**ipocondria latente**, culturalmente appoggiata. Siamo propensi a credere che la medicina sia fatta di progressi tecnologici e di tecniche raffinate. Può darsi, ma la morte e la malattia sono sempre quelle e poterne curare molte di più non dovrebbe alimentare l'illusione di controllo sulla malattia oltre ciò che è concretamente utile.

In sostanza, più ci si interessa di **medicina** a livello giornalistico o "da blog", più si rischia di perdere di vista un atteggiamento costruttivo, per cui quando si è chiamati a preoccuparsi della propria salute ha senso farlo, e a volte anche in senso preventivo, ma l'idea di poter controllare tutto è destinata a scontrarsi con la realtà di mille malattie.

Molti si fissano che tutto dipenda dalla nutrizione, altri dall'ambiente, altri sviluppano teorie magiche sull'origine delle malattie su cui neanche commento. Per molti, il corpo "deve" funzionare perfettamente e se non è così, è colpa di qualcuno. In alcune di queste teorie, si finisce per colpevolizzare perfino i malati, dicendo che evidentemente non hanno seguito comportamenti sani o saggi.

Come guarire dall'ipocondria?

Ci sono strumenti medici e psicoterapici. Si esce dalle **fasi ipocondriache** in alcuni mesi di cura in genere, dopo di che se la base è un disturbo ossessivo, le linee sono le stesse della cura generale di questo disturbo. Molto più complesso è guarire le forme di somatizzazione intese come tendenza a "lamentarsi con linguaggio somatico". Si dovrebbe prestare attenzione alla **formulazione delle diagnosi**, che troppo spesso usano termini attualmente privi di significato quali "psicosomatico" o "con somatizzazioni". Molti di questi casi sono ipocondrie e, se la diagnosi non è posta, il senso dei sintomi è equivocado. Dopo di che, se si aspetta che sia il paziente a dire che non ha sintomi veri e propri, non lo farà. Egli potrà, invece, raccontarci bene la preoccupazione che lo domina.

Ipocondria: giurisprudenza

Dopo aver analizzato i **sintomi dell'ipocondria** nell'intervista al dr. Matteo Pacini, a seguire ti parlerò delle ultime decisioni della Corte dei Conti e della Corte di Cassazione sui casi che hanno avuto come protagonisti pazienti ipocondriaci.

Tendenza alla sopravvalutazione dei propri disturbi

Nel caso deciso dalla Corte dei Conti **[1]**, è da escludere qualsiasi interdipendenza di una nevrosi con il trauma patito in servizio qualora il trauma stesso sia stato non la causa bensì il momento rivelatore della **nevrosi** - successivamente caratterizzata in nevrosi "da indennizzo" ovvero "da pensione" - in un soggetto neurolabile, ipermotivo, ansioso, ipocondriaco e con tendenza alla sopravvalutazione dei propri disturbi.

Vicende di servizio e grave stato ipocondriaco

La Corte dei Conti **[2]** si è pronunciata su un caso che aveva come protagonista un ex carabiniere, a fondo schizoide, soggetto ad una lunga serie di fatti altamente stressanti e psicotraumatizzanti protrattisi per tutto il periodo bellico.

Relativamente al caso sottoposto alla sua attenzione, la Corte dei Conti ha stabilito che l'**infermità schizofrenica** deve essere considerata aggravata a causa del **servizio di guerra**, ove gli avvenimenti e le situazioni che abbiano determinato l'instaurarsi del grave **stato ipocondriaco**, rappresentante il nucleo iniziale del successivo deterioramento psichico del soggetto, non possono ricercarsi se non nelle «**vicende di servizio** vissute dall'interessato fin dall'inizio della guerra e che dagli atti di causa non è dato ritenere inerenti ad un normale servizio di istituto».

Responsabilità per danni alla salute psichica del lavoratore

Nel caso sottoposto all'attenzione della Corte di Cassazione **[3]**, il datore era risultato inadempiente e colpevole di un sistematico disconoscimento del diritto ad inquadramenti superiori, contrattualmente corrispondenti alle **mansioni svolte dal lavoratore**.

Il lavoratore aveva vissuto un lungo periodo di delusioni, incomprensione e frustrazione.

Tuttavia, gli Ermellini hanno stabilito che per la configurazione della **responsabilità per danni alla salute psichica di un lavoratore** non è sufficiente che i periti abbiano accertato la sussistenza di un nesso di causalità materiale tra la sua sindrome psiconevrotica a sfondo irreversibilmente ipocondriaco e l'atteggiamento aziendale negativo ed indifferente di fronte ad una giusta richiesta di riconoscimento dei meriti legalmente acquisiti.

Note

[1] Corte Conti sez. IV n.81187 del 27.05.1993. **[2]** Corte Conti sez. III 05.03.1987.

[3] Cass. civ. sez. lav. n.7801 del 20.12.1986.