

Disturbo da sintomi somatici e altri disturbi correlati. La diagnosi

Categoria : PSICHE E DINTORNI

Pubblicato da [Dott. Gianni Fusco](#) in 2/3/2019

Il disturbo da sintomi somatici e altri disturbi correlati costituisce una nuova categoria del DSM-5 nella quale si evidenzia una particolare attenzione non tanto ai sintomi somatici in se stessi, quanto al modo in cui le persone li presentano e li interpretano. La possibilità di includere la componente affettiva, cognitiva e comportamentale fra i criteri relativi alla diagnosi di disturbo da sintomi somatici consente più facilmente di condividere con la persona una concettualizzazione più comprensiva della problematica, avendo presenti le varie componenti della stessa: stili di pensiero, strategie di coping, stress, fattori familiari, fattori ambientali. Disturbo da sintomi somatici e altri disturbi correlati- Il disturbo da sintomi somatici mostra sintomi oggettivi che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali.

Mentre in passato l'accento veniva posto sui MUS (MUS=medically unexplained symptoms), sulla mancanza di una spiegazione medica, attualmente nella **diagnosi di disturbo da sintomi somatici** l'attenzione viene posta su sintomi oggettivi: **sintomi somatici** che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali. Questo dovrebbe facilitare l'accoglimento della **diagnosi** da parte della persona, il suo coinvolgimento e la sua motivazione al trattamento.

Questa differenza di approccio appare evidente, confrontando la classificazione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV-TR con l'attuale classificazione Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5.

DSM-IV-TR

Disturbi somatoformi

La caratteristica comune dei **disturbi somatoformi** è la presenza di sintomi fisici che fanno pensare a una condizione medica generale, da cui il termine somatoforme, e che non sono invece giustificati da una condizione medica generale, dagli effetti diretti di una sostanza o da altro disturbo mentale.

Disturbo di somatizzazione

Disturbosomatoformeindifferenziato

Disturbo di conversione

Disturbo algico

Ipocondria

Disturbo di dismorfismo corporeo

Disturbosomatoformenon altrimenti specificato

Disturbi fittizi

I disturbi fittizi sono caratterizzati da sintomi fisici o psichici che sono prodotti o simulati intenzionalmente al fine di assumere il ruolo di malato.

Disturbo fittizio
Disturbo fittizio non altrimenti specificato

DSM-5
Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

La caratteristica comune a questi disturbi è la rilevanza di **sintomi somatici** legati a disagio e compromissione significativi. La principale diagnosi di questa classe diagnostica, quella di **disturbo da sintomi somatici**, dà rilievo a una diagnosi posta in base a sintomi e segni positivi (**sintomi somatici** che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi), piuttosto che all'assenza di una spiegazione medica per tali **sintomi somatici**.

Disturbo da sintomi somatici
Disturbo da ansia di malattia
Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)
Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche
Disturbo fittizio
Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione
Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione

N.B. Il disturbo da dismorfismo corporeo è stato inserito all'interno del Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati.

Le caratteristiche del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

La caratteristica comune a questi disturbi è la rilevanza di **sintomi somatici** legati a disagio e compromissione significativi. La principale diagnosi di questa classe diagnostica, quella di **disturbo da sintomi somatici**, dà rilievo a una diagnosi posta in base a sintomi e segni positivi (sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi), piuttosto che all'assenza di una spiegazione medica per tali **sintomi somatici**.

I criteri del DSM-5 per il disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

Disturbo da sintomi somatici

Caratteristiche diagnostiche

Tipicamente gli individui con **disturbo da sintomi somatici** presentano contemporaneamente molteplici **sintomi somatici**, che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana (Criterio A) e ad avere livelli molto elevati di preoccupazione riguardo la malattia (Criterio B).

Criteri diagnostici

Uno o più **sintomi somatici** che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana.

Pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati a sintomi somatici o associati a preoccupazioni relative alla salute, come indicato da almeno uno dei seguenti criteri:

Pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi

Livello costantemente elevato di ansia per la salute o per i sintomi

Tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute

Sebbene possa non essere continuamente presente alcuno dei sintomi, la condizione di essere **sintomatici** è persistente (tipicamente da più di 6 mesi).

Specificare:

con dolore predominante (in precedenza disturbo algico)

persistente (un decorso caratterizzato da sintomi gravi, marcata compromissione e lunga durata (più di 6 mesi))

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Caratteristiche cognitive del **disturbo da sintomi somatici**: attenzione focalizzata sui sintomi somatici; attribuzione di normali sensazioni fisiche a una malattia organica (con eventuali interpretazioni catastrofiche); paura di essere malati e che qualsiasi attività fisica possa essere nociva per il corpo.

Caratteristiche comportamentali del **disturbo da sintomi somatici**: ripetuto controllo del corpo alla ricerca di anomalie; reiterata richiesta di aiuto o rassicurazione da parte del medico; evitamento dell'attività fisica e frequenti richieste di auto medico riguardanti sintomi somatici differenti.

Prevalenza

La prevalenza del **disturbo da sintomi somatici** non è nota. Nella popolazione generale adulta può

essere del 5-7%. Le femmine tendono a riferire più sintomi somatici rispetto ai maschi ed è probabile che la prevalenza sia più alta nelle femmine.

Sviluppo e decorso

Negli anziani il disturbo da sintomi somatici può essere sotto-diagnosticato ed è fondamentale concentrarsi sul Criterio B. Nei bambini è preminente un unico sintomo: dolore addominale ricorrente, mal di testa, spossatezza, nausea.

Fattori di rischio

Tra i fattori di rischio si annoverano i fattori temperamentali (es. nevroticismo), i fattori ambientali (es. scarsa scolarizzazione, basso status socio-economico, recenti eventi di vita stressanti) e i modificatori del decorso (caratteristiche demografiche, abusi o avversità durante l'infanzia, concomitante malattia organica cronica, disturbo psichiatrico, stress, fattori sociali di rinforzo come l'indennità di malattia. I fattori cognitivi che influenzano il decorso clinico, la sensibilizzazione al dolore, l'accresciuta attenzione alle sensazioni fisiche, l'attribuzione dei sintomi a una possibile malattia organica.

Da considerare gli aspetti legati alla cultura di appartenenza.

Disturbo da ansia di malattia

Caratteristiche diagnostiche

La maggior parte degli individui ipocondriaci è ora classificata come avente il **disturbo da sintomi somatici**; tuttavia, in una minoranza di casi, si applica invece la diagnosi di disturbo da ansia di malattia. Tale disturbo comporta la preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia non diagnosticata (criterio A); i **sintomi somatici** non sono presenti, o, se presenti, sono solo di lieve entità (criterio B); la preoccupazione riguardante l'idea di essere malati è accompagnata da una sostanziale ansia per la salute e per la malattia (criterio C). La malattia diventa un elemento centrale dell'identità. Gli individui con questo disturbo controllano ripetutamente se stessi (allo specchio) o fanno ricerche eccessive sulla malattia che pensano di avere (Criterio D). In alcuni casi l'ansia porta a un evitamento disadattivo di situazioni (es. visita a familiari malati) o di attività (es. esercizio fisico) in quanto si pensa che possa mettere a repentaglio la propria salute.

Criteri diagnostici

Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia.

I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono di lieve intensità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla (per es., in presenza di importante familiarità), la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata.

È presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo al proprio stato di salute.

L'individuo attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (per es., controlla ripetutamente il proprio corpo, cercando segni di malattia) o presenta un evitamento disadattivo (per es. evita visite mediche o ospedali).

La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica patologia temuta può cambiare nel corso di tale periodo di tempo.

La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante di tipo somatico.

Specificare:

Tipo richiedente l'assistenza: assistenza medica usata frequentemente

Tipo evitante l'assistenza: assistenza medica usata raramente

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Generalmente utilizzano con frequenza i servizi sanitari, ma non si rivolgono ai servizi di salute mentale in misura maggiore della popolazione generale. Spesso consultano più medici per lo stesso problema e ottengono ripetutamente risultati negativi nei test diagnostici.

Prevalenza

Stime sulla prevalenza del disturbo da ansia di malattia si basano su quelle del DSM-III e DSM-IV per la diagnosi di ipocondria. La prevalenza a 1-2 anni di ansia per la salute e/o convinzione di essere malati in studi di comunità e campioni basati sulla popolazione varia tra 1,3 e 10%. Nelle popolazioni mediche ambulatoriali, i tassi di prevalenza 6 mesi / 1 anno variano fra 3 e 8%. La prevalenza del disturbo è simile in maschi e femmine.

Sviluppo e decorso

Insorgenza e decorso del disturbo da ansia di malattia non sono chiari. Si pensa che si tratti di una condizione cronica recidivante con esordio nella prima età adulta e nella mezza età. Negli anziani la preoccupazione per la salute si concentra sulla perdita della memoria. Il disturbo è ritenuto raro nei bambini.

Fattori di rischio

Fattori ambientali quali un forte stress o da una minaccia di vita (storia di abuso o grave malattia durante l'infanzia possono predisporre allo sviluppo del disturbo in età adulta).

Conseguenze funzionali

Spesso il disturbo da malattia causa una notevole compromissione della qualità della vita.

Le preoccupazioni riguardanti la salute, spesso interferiscono con le relazioni interpersonali, alterano la vita familiare e danneggiano le prestazioni professionali.

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)

Caratteristiche diagnostiche

Nel disturbo di conversione possono essere presenti uno o più sintomi di vario tipo. I sintomi motori comprendono la debolezza o paralisi; movimenti anomali, come tremori o movimenti distonici; anomalie della deambulazione e postura anormale degli arti. I sintomi sensoriali sono sensibilità tattile, visiva o uditiva alterata, ridotta o assente. Episodi di anormale e generalizzato tremore agli arti con apparente compromissione o perdita di coscienza possono assomigliare a crisi epilettiche. Ci possono essere episodi di insensibilità agli stimoli simili alla sincope o al coma. Altri sintomi includono un ridotto o assente volume della voce (disfonia/afonia), un'articolazione alterata (disartria), una sensazione di nodo alla gola e diplopia.

Criteri diagnostici

Uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale.

I risultati clinici forniscono le prove dell'incompatibilità tra il sintomo e le condizioni neurologiche o mediche conosciute.

Il sintomo o il deficit non sono meglio spiegati da un altro disturbo medico mentale.

Il sintomo o il deficit causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, oppure richiedono una valutazione medica.

Specificare il tipo di sintomi:

- con debolezza o paralisi
- con movimento anomalo
- con sintomi riguardanti la deglutizione
- con sintomi riguardanti l'eloquio
- con sintomi epilettiformi o convulsioni
- con anestesia o perdita di sensibilità
- con sintomi sensoriali specifici
- con sintomi misti

Specificare se:

- episodio acuto: i sintomi sono presenti per meno di 6 mesi
- persistente: i sintomi si verificano per sei mesi o più

Specificare se:

con fattore psicologico stressante
senza fattore psicologico stressante

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Ci può essere una storia di molteplici sintomi somatici o l'esordio può essere associato a stress o trauma di natura psicologica o fisica. Tuttavia, anche se la valutazione dello stress o del trauma è importante, si potrebbe porre la diagnosi anche in assenza di suddetti stress e traumi

Prevalenza

Sintomi transitori di conversione sono comuni, ma l'esatta prevalenza del disturbo è sconosciuta. Questo dipende dal fatto che la diagnosi richiede una valutazione diagnostica in ambiente specialistico, dove è identificato in circa il 5% degli individui che si rivolgono a una clinica neurologica. L'incidenza dei sintomi di conversione persistenti individuali è stimata essere 2-5/100.000 per anno. Il disturbo di conversione è 2-3 volte più comune nelle femmine.

Esordio

L'esordio è stato riscontrato a qualsiasi età, mentre il maggior numero di attacchi "non epilettici" si verifica nella terza decade e i sintomi motori hanno il loro picco di insorgenza nella quarta decade. I sintomi possono essere transitori o persistenti. La prognosi può essere migliore nei bambini più piccoli, piuttosto che negli adolescenti o negli adulti.

Fattori di rischio

Fattori temperamentali, fattori ambientali (abuso, trascuratezza, eventi di vita stressanti), fattori genetici e fisiologici (es. presenza di una malattia neurologica), mentre l'accettazione della diagnosi può costituire un modificatore del decorso a favore di una prognosi positiva, comorbidità di malattie fisiche o l'ottenimento di pensioni di invalidità possono costituire fattori prognostici negativi.

Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale dei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche è la presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali clinicamente significativi che influenzano negativamente una condizione medica, aumentando il rischio di sofferenza, morte o disabilità. I fattori psicologici e comportamentali comprendono disagio psicologico, pattern di interazione interpersonale, stili di coping e comportamenti disadattivi per la salute come la negazione dei sintomi o la scarsa aderenza alle prescrizioni mediche.

Criteri diagnostici

I criteri diagnostici dei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche sono:

Presente un sintomo o una condizione medica (diversa da un disturbo mentale)

I fattori psicologici o comportamentali influenzano negativamente la condizione medica in uno dei seguenti modi:

I fattori hanno influenzato il decorso della condizione medica, come dimostrato da una stretta relazione temporale tra i fattori psicologici e l'insorgenza o l'aggravamento della condizione medica, o la sua guarigione.

I fattori interferiscono con il trattamento della condizione medica (per es., scarsa aderenza)

I fattori costituiscono ulteriori rischi accertati per la salute dell'individuo

I fattori influenzano la fisiopatologia sottostante, scatenando o aggravando i sintomi, o sollecitando attenzione medica.

I fattori psicologici e comportamentali del Criterio B non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo di panico, disturbo depressivo maggiore, disturbo da stress post-traumatico).

Specificare la gravità attuale:

Lieve: Aumenta il rischio medico (es. scarsa aderenza d una terapia ipertensiva)

Moderata: Aggrava la condizione medica sottostante (es. l'ansia peggiora l'asma)

Grave: Conduce a un ricovero ospedaliero o a una visita di pronto soccorso

Estrema: Mette gravemente in pericolo la vita dell'individuo (per es. ignorare i sintomi di un attacco cardiaco).

Prevalenza

La prevalenza dei fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche non è chiara.

Sviluppo e decorso

I fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche possono presentarsi a qualsiasi età.

Disturbo fittizio

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale del disturbo fittizio è la simulazione, in se stessi o in altri di segni e sintomi medici o psicologici che sono associati a un inganno accertato. La diagnosi richiede la dimostrazione che l'individuo sta volontariamente contraffacendo, simulando o causando segni o sintomi di malattia o infortunio in assenza di evidenti vantaggi esterni.

Criteri diagnostici

I criteri diagnostici del disturbo fittizio provocato a sé sono i seguenti:

Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o autoinduzione di un infortunio o di una malattia,

associato a un inganno accertato.

L'individuo presenta se stesso agli altri come malato, menomato o ferito.

Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.

Il comportamento non è meglio spiegato da un disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.

Specificare:

Episodio singolo

Episodi ricorrenti (due o più eventi di simulazione di malattia e/o autoinduzione di lesioni)

I criteri diagnostici del disturbo fittizio provocato ad altri (precedentemente disturbo fittizio per procura) sono i seguenti:

Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o autoinduzione di un infortunio o di una malattia in un altro individuo, associato a un inganno accertato.

L'individuo presenta un'altra persona (vittima) agli altri come malata, menomata o ferita.

Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.

Il comportamento non è meglio spiegato da un disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.

Nota: è il perpetratore e non la vittima a ricevere questa diagnosi

Specificare:

Episodio singolo

Episodi ricorrenti (due o più eventi di simulazione di malattia e/o induzione di lesioni)

Prevalenza

La prevalenza del disturbo fittizio è sconosciuta. Tra i pazienti in ambito ospedaliero si stima che circa l'1% degli individui abbia manifestazioni che soddisfino i criteri per il disturbo fittizio.

Sviluppo e decorso

Il decorso del disturbo fittizio è solitamente caratterizzato da episodi intermittenti. L'esordio del disturbo fittizio avviene solitamente nella prima età adulta, spesso dopo il ricovero per una condizione medica o disturbo mentale.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione

Caratteristiche diagnostiche

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un **disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati**, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati.

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" comprendono i seguenti:

Disturbo da sintomi somatici breve: La durata dei sintomi è inferiore a 6 mesi.

Disturbo da ansia di malattia breve: La durata dei sintomi è inferiore a 6 mesi.

Disturbo da ansia di malattia senza eccessivi comportamenti di malattia: Non viene soddisfatto il Criterio D per il disturbo da ansia di malattia.

Pseudociesi: Un'erronea convinzione di essere incinta associata a segni obiettivi e sintomi riferiti di gravidanza.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione
Caratteristiche diagnostiche

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un **disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati**, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica del **disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati**. La categoria **disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati** senza specificazione non dovrebbe essere usata, a meno che non ci siano situazioni decisamente insolite in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Costrutti psicopatologici del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

La relazione fra mente e corpo ha affascinato da sempre pensatori e scienziati di tutte le epoche, da Ippocrate e Galeno, passando per Platone, Aristotele, Cartesio, fino ad arrivare alla nascita ufficiale della **Psicosomatica** nel 1818 attribuita ad Heinroth. Di fatto molti studiosi hanno portato grossi contributi nel favorire questo dialogo tra corpo e mente: citiamo tra gli altri Damasio, George Engel (1977), Sifneos, Lipowski, e attualmente il grande contributo delle neuroscienze, della psiconeuroendocrinoimmunologia.

Dopo un iniziale dominio della psicoanalisi nel tentare di ricondurre le cause dei **disturbi da sintomi somatici** al conflitto intrapsichico, si sono cominciate a delineare anche delle spiegazioni in termini cognitivo-comportamentali. Questo ha permesso di individuare una serie di costrutti psicopatologici legati allo sviluppo di **disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati**.

È una condivisione sul fatto che le persone affette da questo tipo di disturbi hanno difficoltà ad accedere ed etichettare le proprie emozioni, incapacità definita da Sifneos (1973) come **alestitimia** (letteralmente difficoltà a nominare le emozioni).

Nel "Manuale di Psicosomatica" (2011) Grandi, Farinelli e Fava, rifacendosi a numerosi

studi spiegano come nell'ambito della psicosomatica si possano individuare una serie di fattori che concorrono allo sviluppo del disturbo: Alessitimia (incapacità di accedere e riconoscere, nominando le proprie emozioni), stress, stress cronico e carico allostatico, eventi stressanti nelle prime fasi di vita, caratteristiche di personalità di tipo A, C, D, depressione, ansia, relazioni familiari, supporto sociale. Da un punto di vista cognitivo-comportamentale si può schematizzare, dicendo che nelle persone che soffrono di tali disturbi spesso si registrano circoli viziosi che attraverso l'attenzione selettiva, la rigidità e il controllo, costringono la persona in un meccanismo che la porta ad essere sempre maggiormente preoccupata, senza riuscire a vedere altre vie d'uscita.

Terapia del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

Trattandosi di disturbi complessi, le linee guida invitano a tener conto nella valutazione e nel trattamento delle diverse specificità coinvolte, offrendo un trattamento che consideri la persona nel suo insieme. In particolare, l'APA (American Psychiatric Association) pone l'accento sul fatto che l'attuale sistema di classificazione DSM-5, a differenza del precedente DSM-IV che si focalizzava molto sui sintomi non spiegabili da un punto di vista medico (MUS=Medically Unexplained Symptoms), enfatizza il grado in cui i pensieri, le emozioni e i comportamenti della persona relativamente ai propri **sintomi somatici** sono sproporzionati o eccessivi.

Questa impostazione permette di far sì che le persone possano accedere a trattamenti specifici per questi sintomi. Questo permette di superare la dicotomia mente e corpo, invitando il clinico a fare una valutazione globale e approfondita della situazione, cercando di proporre di conseguenza un trattamento altrettanto comprensivo di questa complessità.

In particolare, l'APA per il **disturbo da sintomi somatici** raccomanda «un trattamento che aiuti a controllare i sintomi e aiuti la persona a funzionare nella maniera più normale possibile. Questo comporta avere visite regolari con un professionista di fiducia che possa fornire supporto, rassicurazione, monitoraggio dei sintomi, evitando eccessivo ricorso a test e trattamenti non necessari». L'APA precisa inoltre che «la psicoterapia può aiutare il cambiamento individuale dei pensieri e dei comportamenti, attraverso l'apprendimento di nuove strategie per gestire il dolore, lo stress e migliorare il proprio funzionamento».

All'interno delle linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence) esistono studi che hanno valutato positivamente e continuano a valutare il trattamento cognitivo-comportamentale (CBT= Cognitive Behavioural Therapy) sul **disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati**. In particolare, esistono studi che stanno valutando l'efficacia della Mindfulness (CBT-terza ondata) sul **trattamento dei disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati**.

L'intervento si propone di utilizzare tecniche di provata efficacia che, a seconda dei casi, vadano a lavorare in maniera specifica nelle aree cognitive-comportamentali interessate, favorendo l'alfabetizzazione emotiva, la sostituzione dei pensieri disfunzionali con pensieri più funzionali, una diminuzione dell'attenzione focalizzata in maniera rigida e mono-tematica, la gestione più adattiva di eventi stressanti, l'elaborazione di memorie traumatiche, un accesso più consapevole ai propri bisogni, una comunicazione maggiormente assertiva, un miglioramento delle strategie di coping e una interazione con l'altro maggiormente funzionale. Per questi motivi, si

propone un intervento che, a seconda dei casi, oltre alla psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), possa attingere, ove necessario, ad altri trattamenti evidence-based quali la Mindfulness (CBT di terza ondata) e —elaborazione del trauma e —installazione di risorse tramite —EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

In seguito a un—accurata valutazione sar  possibile stabilire dei percorsi terapeutici personalizzati che possano permettere a ciascuna persona di lavorare sulle proprie aree di debolezza e di mobilitare nel contempo le proprie risorse.