



Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2024

**IPNOSI E TRATTAMENTO DEI DISTURBI COGNITIVI CORRELATI ALLA
FIBROMIALGIA**

Candidato

Dott.ssa Matilde Penazzi

Relatore

Dott. Paolo Granone

INDICE

1. RIASSUNTO.....	1
2. INTRODUZIONE E SCOPO DEL PROGETTO	2
2.1 DEFINIZIONE DI FIBROMIALGIA.....	3
2.2 DIAGNOSI DI FIBROMIALGIA.....	4
2.3 EPIDEMIOLOGIA DELLA FIBROMIALGIA.....	8
2.4 EZIOLOGIA DELLA FIBROMIALGIA	9
2.5 TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA.....	11
2.6 IPNOSI E FIBROMIALGIA.....	14
3. METODI.....	16
4. RISULTATI	21
5. DISCUSSIONE	23
6. CONCLUSIONI.....	24
7. BIBLIOGRAFIA	25

1. RIASSUNTO

La fibromialgia è una condizione clinica caratterizzata da dolore muscoloscheletrico cronico e diffuso, spesso associata ad astenia, disturbi del sonno, problemi cognitivi (es. di attenzione, di memoria), problemi psichici (es. ansia, depressione), e ad un ampio insieme di sintomi somatici e neurovegetativi. L'eziologia della sindrome non è ancora stata pienamente compresa ed esiste incertezza rispetto al quadro fisiopatologico.

In Italia, secondo il Consiglio Superiore di Sanità (2015) la prevalenza è pari all'1,5-2% della popolazione generale, circa 900 mila persone. L'iter diagnostico complesso e prolungato e la necessità di un approccio terapeutico multimodale ed in molti casi non soddisfacente nel controllo dei sintomi rendono i pazienti sfiduciati e insofferenti.

I problemi cognitivi (fibro-fog) sono uno degli aspetti più frustranti e allo stesso tempo meno studiati per chi soffre di fibromialgia.

Lo scopo di questo progetto "pilota" è quello di verificare l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento della fibromialgia, in particolare nel trattamento dei disturbi cognitivi (fibro-fog) correlati a questa complessa patologia. Endpoint secondario è quello di valutare la soddisfazione generale del paziente nel controllo della patologia dopo la seduta di ipnositerapia clinica. È stata valutata una "Case Series" di 4 pazienti che, per omogeneità del campione, erano tutte di sesso femminile con età compresa tra i 54 e i 58 anni, con una diagnosi di fibromialgia confermata dallo specialista reumatologo e senza diagnosi di patologia psichiatrica. Sono stati valutati in totale otto items (numerici da 0 a 10) proposti dalla versione italiana del Fibromyalgia Impact Questionnaire ed un ulteriore item in merito all'impatto della patologia sull'attenzione. Le pazienti sono state valutate in due tempi differenti T0 (prima della seduta di ipnositerapia) e T1 (a 15 giorni dalla seduta di ipnositerapia). Al T1 è stata valutata anche la soddisfazione generale dell'esperienza di ipnositerapia. L'ipnositerapia, come indicato anche dalla letteratura, risulta essere efficace nel controllo dei sintomi cognitivi correlati alla fibromialgia. In particolare, da quanto emerge dallo studio, risulta utile nel controllo dell'ansia, della rigidità, nel disturbo dell'attenzione e della memoria, mentre in accordo con la letteratura il beneficio in termini di controllo del dolore è risultato minore. La letteratura afferma infatti che il controllo del dolore sia più complesso da ottenere perché necessità di uno stato ipnotico più profondo, abilità posseduta solamente dal 10%-15% della popolazione generale. L'ipnositerapia clinica è risultata una metodica sicura e le pazienti sono risultate soddisfatte dal trattamento, hanno riferito però "che l'ancoraggio, con il trascorrere del tempo dalla seduta ambulatoriale, si indeboliva e perdeva di efficacia", evidenziando un limite dello studio che avrebbe necessitato di più incontri ambulatoriali "per consolidare le capacità ipnotiche acquisite e l'ancoraggio" soprattutto per il trattamento di sintomi ormai cronicizzati e "permeanti la vita delle pazienti".

2. INTRODUZIONE E SCOPO DEL PROGETTO

Lo scopo di questo progetto “pilota” è quello di verificare l’efficacia dell’ipnosi nel trattamento della fibromialgia, in particolare nel trattamento dei disturbi cognitivi (fibro-fog) correlati a questa complessa patologica.

Endpoint secondario è quello di valutare la soddisfazione generale del paziente nel controllo della patologia dopo la seduta di ipnositerapia clinica.

2.1 DEFINIZIONE DI FIBROMIALGIA

Il termine “fibromialgia” deriva dal latino “fibro” e dal greco “myo” ed “algos”, letteralmente “dolore nei muscoli e nei tessuti fibrosi”.

La fibromialgia è una condizione clinica caratterizzata da dolore muscoloscheletrico cronico e diffuso, spesso associata ad astenia, disturbi del sonno, problemi cognitivi (es. di attenzione, di memoria), problemi psichici (es. ansia, depressione), e ad un ampio insieme di sintomi somatici e neurovegetativi.

Secondo la letteratura scientifica ¹ i sintomi essenziali e caratteristici sono quattro:

A. **Dolore:** cronico, diffuso, descritto come bruciante, pungente, tirante, pruriginoso, compressivo, tensivo-muscolare. Varia in relazione ai momenti della giornata, ai livelli di attività, alle condizioni atmosferiche, allo stress, ai ritmi del sonno.

B. **Affaticamento:** è presente nel 90% dei casi con ridotta resistenza alla fatica anche per sforzi minimi.

C. **Disturbi del sonno:** frequenti risvegli notturni e sonno non ristoratore, con conseguente facile affaticabilità e sensazione di non aver riposato affatto. Viene considerata specifica della fibromialgia la cosiddetta "anomalia alfa-delta": non appena viene raggiunto il sonno "profondo" (caratterizzato da onde delta all'elettroencefalogramma) si ha un brusco ritorno verso il sonno "superficiale" (caratterizzato da onde alfa). La mancanza di sonno profondo, fase nella quale i muscoli si rilassano e recuperano la stanchezza accumulata durante il giorno, spiega molti dei sintomi della fibromialgia (stanchezza persistente, risvegli notturni, sonno non ristoratore).

D. **Disturbi cognitivi** (“fibro-fog”): sono presenti nella maggioranza dei pazienti, riguardano la difficoltà a concentrarsi sul lavoro o sullo studio, la perdita di memoria a breve termine.

2.2 DIAGNOSI DI FIBROMIALGIA

Già conosciuta da tempo, solo recentemente ha ricevuto una definizione scientifica e un riconoscimento formale con esponenziale incremento dell'interesse scientifico e dell'attenzione pubblica; basti pensare che nel 1981 solamente 4 articoli su Pub Med riportavano nel titolo il termine "fibromyalgia" mentre ad oggi la stessa ricerca produce 15,568 risultati (dato ad Aprile 2025).

I primi criteri per la classificazione della fibromialgia sono stati proposti nel 1990 dall'American College of Rheumatology (ACR) e nel 1992 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto la Sindrome Fibromialgica come patologia (Dichiarazione di Copenhagen), con l'inclusione nell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (Gennaio 1993): codice "M79.0: Reumatismo non specifico".

Nella versione italiana dell'ICD-9-CM (anno 2007) la fibromialgia è classificata con il codice "729.0: Fibromialgia e reumatismi extraarticolari diffusi non specificati".

I criteri diagnostici per la fibromialgia sono stati poi più volte aggiornati; i più utilizzati oggi sono quelli dell'American College of Rheumatology (ACR) con le revisioni del 2010, 2011 e l'ultima del 2016.

Wolfe et al. (2016) ² propongono una revisione dei criteri dell'American College of Rheumatology (ACR), basata sulla integrazione dei criteri ACR dell'anno 2010 (physician-based) e dell'anno 2011 (self-report), ai fini della diagnosi di fibromialgia.

In particolare, per la formulazione di una diagnosi di fibromialgia devono essere soddisfatti contemporaneamente quattro criteri:

1. dolore diffuso in specifiche aree e regioni del corpo;
2. presenza di sintomi caratteristici (astenia, sonno non ristoratore, problemi cognitivi, emicrania, dolore / crampi addominali, depressione) che compromettono la vita quotidiana;
3. durata della sintomatologia pari ad almeno 3 mesi.
4. nessuna altra condizione medica può spiegare meglio il quadro clinico.

La sintomatologia caratterizzante la fibromialgia viene misurata attraverso un indice, **Fibromyalgia Severity Scale** (Figura 1, nota anche come Polysymptomatic Distress Scale), il cui punteggio è la somma dei punteggi conseguiti a 2 sotto-indici di:

➤ diffusione del dolore, **Widespread Pain Index (WPI)**: Valuta il numero delle aree corporee (su 19 aree del corpo) in cui il paziente ha avuto dolore nelle ultime due settimane (punteggio da 0-19);

➤ gravità dei sintomi, **Symptom Severity Scale (SSS)**- (punteggio da 0-12). valuta la gravità di:

- Fatica
- Sonno non ristoratore
- Problemi cognitivi
- Eventuali sintomi somatici generali (come cefalea, colon irritabile, ecc).

Il punteggio finale dell'indice di diffusione del dolore corrisponde alla somma delle aree dolorose presenti (da 0 a 19). In aggiunta, il livello di diffusione del dolore viene misurato come regioni dolorose presenti (aggregato di aree) (da 0 a 5). Si evidenzia come non venga misurata l'intensità del dolore.

Il punteggio massimo è 19.

Il punteggio finale dell'indice di gravità dei sintomi corrisponde alla somma dei livelli di gravità di 3 sintomi (astenia, sonno non ristoratore, problemi cognitivi), misurati con una scala:

- da 0 (nessun problema nella vita quotidiana) a 3 (gravi problemi),
- alla presenza/assenza di altri 3 sintomi (emicrania, dolore / crampi addominali, depressione), misurati con una scala compresa tra 0 (sintomo assente) e 1 (presente). Il punteggio massimo è 12.

Sono stati attribuiti dei valori cut-off sia all'indice complessivo, Fibromyalgia Severity Scale, che ai 2 sotto-indici specifici, al di sopra dei quali è possibile attestare la diagnosi di fibromialgia o il soddisfacimento di un determinato criterio.

In particolare, una persona può essere diagnostica come affetta da fibromialgia in presenza di un punteggio ≥ 12 della Fibromyalgia Severity Scale, che corrisponde alla somma dei punteggi:

- ≥ 7 dell'indice di diffusione del dolore e ≥ 5 dell'indice di gravità dei sintomi;
- oppure 4-6 dell'indice di diffusione del dolore e ≥ 9 dell'indice di gravità dei sintomi.

Wolfe et al. (2016) ² affermano, inoltre, che la diagnosi di fibromialgia deve essere ritenuta valida indipendentemente da altre diagnosi e che essa non esclude la presenza di altri disturbi clinicamente rilevanti.

Questi criteri non richiedono più il Test dei Tender Points rendendo la diagnosi più pratica.

La letteratura scientifica internazionale è concorde nel ritenere la diagnosi di fibromialgia come una diagnosi che deve essere basata su sintomi caratteristici e specifici criteri e sull'esclusione di altre ipotesi diagnostiche ^{1,4,5}.

Gli esami di laboratorio raccomandati dalla letteratura internazionale per una iniziale valutazione sono emocromo con formula e Proteina C reattiva-PCR (la fibromialgia non è una condizione infiammatoria). Non sono raccomandate indagini strumentali.

Le principali patologie da prendere in considerazione per una diagnosi differenziale sono riportate in Tabella 1.

Indice di dolore diffuso

Indicare le aree in cui il paziente ha riferito dolore nell'ultima settimana

Punteggio: ___ su 19 aree

Dolore generalizzato

Indicare le regioni Punteggio: ___ su 5 regioni

Aree	Regione	Presenza
Cingolo scapolare	Superiore sinistra	<input type="checkbox"/>
Braccio		<input type="checkbox"/>
Avambraccio		<input type="checkbox"/>
Cingolo scapolare	Superiore destra	<input type="checkbox"/>
Braccio		<input type="checkbox"/>
Avambraccio		<input type="checkbox"/>
Anca (gluteo, trocantere)	Inferiore sinistra	<input type="checkbox"/>
Coscia		<input type="checkbox"/>
Gamba		<input type="checkbox"/>
Anca (gluteo, trocantere)	Inferiore destra	<input type="checkbox"/>
Coscia		<input type="checkbox"/>
Gamba		<input type="checkbox"/>
Collo	Assiale	<input type="checkbox"/>
Area dorsale		<input type="checkbox"/>
Area Lombare		<input type="checkbox"/>

Indice di gravità dei sintomi

Punteggio: ___ su 12

Indicare il livello di gravità dei 3 sintomi (A,B,C) nell'ultima settimana

	Nessun problema	Problema lieve	Problema moderato	Problema grave
	0	1	2	3

A. Astenia

B. Sonno non ristoratore

C. Problemi cognitivi (es. attenzione, memoria)

Indicare la presenza o l'assenza dei 3 sintomi (D,E,F) negli ultimi 6 mesi

	Assente	Presente
	0	1

D. Eemicrania

E. Dolore o crampi addominali

F. Depressione

Figura 1. I criteri per la diagnosi di fibromialgia (trad. italiano) ³

Diagnosi differenziale:	Nella fibromialgia NON sono presenti
Artrite reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> • Gonfiore delle articolazioni • Elevati valori di VES e PCR
Lupus sistemico eritematoso	<ul style="list-style-type: none"> • Rash cutaneo • Segni/sintomi multisistemici (febbre, interessamento di reni, cuore, polmoni e cervello)
Polimialgia reumatica	<ul style="list-style-type: none"> • Grave rigidità muscolare mattutina e nei periodi di sedentarietà • Elevati valori di VES e PCR
Polimiosite	<ul style="list-style-type: none"> • Debolezza muscolare • Elevati valori di CPK • Anormalità elettromiografiche
Spondiloartrite	<ul style="list-style-type: none"> • Gonfiore delle articolazioni periferiche • Lombalgia infiammatoria • Ridotta mobilità della colonna vertebrale • Elevati valori di VES o PCR
Ipotiroidismo	<ul style="list-style-type: none"> • Anormalità nei valori di funzionalità tiroidea
Iperparatiroidismo	<ul style="list-style-type: none"> • Ipercalcemia
Neuropatia	<ul style="list-style-type: none"> • Deficit sensitivi o motori • Anormalità dei test elettrofisiologici

Tabella 1. La diagnosi differenziale della fibromialgia- adattamento Goldenberg DL, 2016 ^{1,4}.

2.3 EPIDEMIOLOGIA DELLA FIBROMIALGIA

A livello internazionale si stima che la prevalenza della fibromialgia sia compresa tra il 2-3% e l'8% e l'incidenza tra 7-11 casi annui per 1.000 persone.

In Italia, secondo il Consiglio Superiore di Sanità (2015) la prevalenza è pari all'1,5-2% della popolazione generale, circa 900 mila persone ⁶.

La fibromialgia è più frequente nelle donne rispetto agli uomini e può svilupparsi a qualsiasi età ma il picco si presenta tra i 40 e 60 anni.

Weir et al (2006) hanno stimato una incidenza annua nei maschi pari a 7 casi per 1.000 persone e nelle femmine pari a 11 casi ⁷.

2.4 EZIOLOGIA DELLA FIBROMIALGIA

L'eziologia della sindrome non è ancora stata pienamente compresa ed esiste incertezza rispetto al quadro fisiopatologico ¹.

L'ipotesi eziopatogenetica preminente riguarda il meccanismo della sensibilizzazione centrale, meccanismo fisiologico che può portare ad una maggiore sensibilità al dolore.

La disregolazione nei meccanismi di controllo del dolore da parte del Sistema Nervoso Centrale è apparsa responsabile dell'amplificazione dello stesso, oltre che degli altri sintomi della malattia (disturbi di memoria, affaticamento e depressione). In molti pazienti affetti da fibromialgia è presente una ridotta capacità di modulazione del dolore attraverso le vie discendenti; in particolare sembra compromessa l'attività serotoninergica-noradrenergica (questo giustifica il beneficio terapeutico dei farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina, SNRI). Inoltre, è stato dimostrato che i pazienti con fibromialgia presentano ridotta capacità di legame dei recettori oppioidi in diverse regioni note per giocare un importante ruolo di modulazione del dolore ⁸.

Un altro meccanismo che caratterizza la Pain Matrix dei pazienti affetti da fibromialgia è l'attivazione delle cellule gliali che partecipano alla modulazione del dolore, incluso il dolore neuropatico. Questa attivazione ⁹ è sostenuta da citochine proinfiammatorie (TNF, IL-6, IL-8) ma anche oppioidi, non tramite i recettori degli oppioidi, ma attraverso l'attivazione di TLR-4, recentemente scoperto come elemento concorrente al dolore cronico ¹⁰. Anche i livelli di glutammato (mediatore "proinfiammatorio") risultano aumentati nel liquido cerebrospinale e alla risonanza magnetica spettroscopica cerebrale dei pazienti con fibromialgia, mentre i livelli di acido gamma aminobutirrico (GABA) si mostrano diminuiti ^{11,12}; ciò trova riscontro nei benefici clinici osservati con la somministrazione di pregabalin e memantina, che agiscono sul sistema glutammatergico.

L'azione della corteccia anteriore del cingolo sulla modulazione del dolore non è ancora del tutto chiarita, ma si suppone che il rilascio di neurotrasmettitori inibitori come GABA e gli oppioidi riduca l'eccitabilità dei neuroni di questa regione, i quali sono responsabili della modulazione discendente del dolore, agendo sui neuroni del midollo rostrale ventromediale ¹³.

È inoltre coinvolto il meccanismo della sommazione temporale del dolore (o "windup"), sostenuto dalla ripetitiva stimolazione delle fibre nocicettive ^{14,15}. Sia studi con l'utilizzo di Tomoscintigrafia cerebrale perfusionale (SPECT) che di risonanza magnetica funzionale (fMRI) hanno evidenziato anomalie perfusionali rispetto ai controlli, con un'attività elevata nella corteccia somatosensoriale e ridotta nella corteccia frontale, nel cingolo, nella corteccia temporale e cerebellare ^{16,17,18}.

Le ipotesi finora descritte depongono per un'alterazione dei pathways del dolore nel Sistema Nervoso Centrale, mentre secondo altri studi la fibromialgia sarebbe sostenuta da un'inflammatione delle piccole fibre periferiche ¹⁹; tuttavia questa idea non spiega le ragioni per cui la fibromialgia si manifesta più frequentemente nei pazienti che hanno subito traumi cranici ²⁰.

In sintesi, si distingue una forma primaria di fibromialgia ed una associata ad altre condizioni. Una caratteristica chiave della fibromialgia primaria consiste nel fatto che il dolore non è motivato dalla presenza di un'altra patologia reumatica o sistemica ²¹. L'elemento imprescindibile di entrambe le forme è presenza di dolore in corrispondenza dei tessuti molli, muscoli, legamenti e tendini, la fibromialgia si caratterizza per l'assenza di infiammazione dei tessuti.

2.5 TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA

Per comprendere e trattare la Fibromialgia la Medicina Moderna si è resa conto che fosse necessario superare il dualismo cartesiano CORPO-MENTE per abbracciare il modello più complesso BIO-PISCO-SOCIALE.

Quest'ultimo trova origine a metà del 900, prima con John Bonica che riconosce l'importanza dei fattori sociali e ambientali nella genesi del dolore ²² e successivamente con George L. Engel, che mette al centro del processo di cura il MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE ²³ basato sulla persona e il suo contesto bio-psico-sociale.

Anche la più recente definizione di dolore formulata dalla IASP (International Association for the Study of Pain) nel 2020 che definisce il dolore «Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata, o simile a quella associata, a un danno tissutale reale o potenziale.» riconosce la patologia dolorosa a livello più “intimo, soggettivo ed inclusivo”. Ulteriore recente passo in avanti nel riconoscimento del dolore-malattia è stato possibile grazie alla pubblicazione nel 2019 di una nuova classificazione del dolore cronico, nella quale viene identificato Dolore Cronico Primario (MG30.00) ²⁴ e all'interno del quale vengono inserite alcune patologie dolorose complesse ad esempio il dolore cronico generalizzato, le CRIPS (Complex Regional Pain Syndrome), il dolore cronico viscerale, il dolore cronico facciale e la cefalea ed anche il dolore cronico muscoloscheletrico (nel quale viene compresa la fibromialgia). Questa nuova classificazione permette di “svincolarsi” dal riconoscimento della malattia basato solo sull'eziopatogenesi della stessa, ma riconosce il valore del “dolore-malattia”.

Quanto detto precedentemente sottolinea come per un quadro complesso come la fibromialgia, che coinvolge più aspetti della persona, sia necessario un trattamento finalizzato principalmente a ridurre o attenuare la gravità di tutti i suoi sintomi caratteristici (dolore cronico diffuso, affaticamento, disturbi del sonno, sintomi cognitivi). Ad oggi, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, non si rileva un trattamento efficace nella remissione completa dei sintomi caratterizzanti la fibromialgia ²⁵. Tuttavia, alla luce della moltitudine di sintomi caratterizzanti la fibromialgia, è ampiamente condiviso come l'approccio terapeutico maggiormente appropriato debba essere multidisciplinare, basato su un programma individualizzato di cura che includa diverse tipologie di interventi, farmacologici e non farmacologici ²⁶.

L'approccio iniziale per tutti i pazienti con diagnosi di fibromialgia dovrebbe includere ²⁶:

A. EDUCAZIONE: Gli aspetti chiave su cui dovrebbe orientarsi l'educazione del paziente sono:

- la condivisione rispetto alla presenza di un “reale” e “non immaginario” problema di salute;
- la assenza di evidenze cliniche di infiammazione;
- il ruolo dello stress e dei problemi legati all'umore;
- il ruolo del sonno e dei relativi disturbi;
- il ruolo dell'attività fisica;
- la prognosi;
- la capacità di adattarsi a problemi cronici di salute e le possibili strategie di “coping” da mettere in atto.

Può essere svolto attraverso colloqui, singoli o di gruppo e con il supporto di materiale informativo. Le associazioni di pazienti e familiari hanno un ruolo attivo nel promuovere e realizzare attività educative e di supporto.

La letteratura conferma che l'intervento educativo migliora uno o più sintomi della fibromialgia, tra cui la percezione del dolore, i disturbi del sonno, e l'astenia ^{27, 28}.

B. TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO in particolare:

- attività fisica aerobica in acqua calda o a secco ^{26, 29, 30, 31, 32};
- Terapia\Approccio cognitivo-comportamentale ^{33, 34, 35};
- agopuntura ³⁶;
- Nutrizione ^{37, 38, 39, 40};
- Ossigeno terapia iperbarica (da considerarsi non standard date le scarse evidenze) ^{41, 42};
- Rispetto ad altre tipologie di interventi non farmacologici (es. tecniche di meditazione, tai chi, yoga) non sono disponibili sufficienti evidenze di efficacia ^{33, 43};

C. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO. Di seguito riportate in Tabella 2 le terapie farmacologiche consigliate e il rispettivo grado di evidenza.³

Classi di farmaci o singoli p.a.	LG EULAR 2017 ⁵	LG CRA 2012	LG SIGN 2013
paracetamolo	Raccomandato SOLO in associaz. con tramadolo se presente dolore grave	1° scelta	Non considerato
FANS / COXIB	NO	1° scelta[#]	NO
SSRI / SNRI	Duloxetina (se presente dolore grave) NO SSRI	2° scelta (sia SSRI che SNRI)	2° scelta Duloxetina Fluoxetina
antiepilettici	Pregabalin (se presente dolore grave o gravi alterazioni del sonno)	2° scelta (gabapentin, pregabalin)	1° scelta (pregabalin)
corticosteroidi sistemici	NO	Non riportata alcuna racc.	Non considerati
antidepressivi triciclici (TCA)	Amitriptilina a basse dosi (se presenti gravi alterazioni del sonno)	2° scelta	2° scelta Amitriptilina 25-125mg/die
oppioidi minori	Tramadolo da solo o in associaz. con paracetamolo (se presente dolore grave)	2° scelta Tramadolo (se dolore moderato/grave, non responsivo alle altre opzioni)	NO
oppioidi maggiori	NO	NO	NO
cannabinoidi	NO	3° scelta Cannabinoidi (se presenti importanti alterazioni del sonno)	Non considerati
miorilassanti	Ciclobenzaprina (se presenti gravi alterazioni del sonno)	Non riportata alcuna racc.*	NO

In neretto le raccomandazioni delle LG specifiche sul trattamento della fibromialgia

SSRI = inibitori selettivi del reuptake della serotonina, SNRI = inibitori selettivi del reuptake della serotonina e della noradrenalina

[#]se presenti in concomitanza dolore cronico osteoarticolare, alla dose minima efficace e per il periodo di tempo più breve possibile

*pur essendo in questa LG citata tra gli antidepressivi come farmaco a prevalente azione miorilassante, la ciclobenzaprina non viene considerata nella formulazione della raccomandazione d'uso.

--

Tabella 2.

Infine, è fondamentale ricordare che le recenti raccomandazioni dell'European League Against Rheumatism (2017) l'approccio dovrebbe essere graduale²⁹:

1. dapprima l'educazione del paziente,
2. se insufficiente nella gestione della sintomatologia, l'integrazione con trattamenti non farmacologici (in primis attività fisica),
3. e se insufficiente, l'integrazione anche con il trattamento farmacologico.

Nei pazienti in cui è presente refrattarietà ai trattamenti, la letteratura internazionale raccomanda di proseguire con un approccio multidisciplinare³³ (farmacologico e non farmacologico) coordinato dal Reumatologo che sulla base della specifica sintomatologia invierà il paziente agli specialisti di riferimento (fisiatra, terapista antalgico, e altri).

2.6 IPNOSI E FIBROMIALGIA

La fibromialgia costituisce tuttora una entità nosologica complessa e ancora controversa per diversi aspetti: quadro clinico multiforme, variabilità nella tipologia di sintomi e nella gravità nel corso del tempo, sovrapposizione tra differenti sindromi e sintomi, diagnosi esclusivamente clinica, con esami di laboratorio e strumentali utili ai fini della diagnosi differenziale (es. esclusione di patologie infiammatorie), assenza di un consenso sufficientemente unanime e consolidato tra gli specialisti rispetto ai criteri per la diagnosi e all'approccio terapeutico.

L'iter diagnostico complesso e prolungato e la necessità di un approccio terapeutico multimodale ed in molti casi non soddisfacente nel controllo dei sintomi rendono i pazienti sfiduciati e insofferenti.

I problemi cognitivi (fibro-fog) sono uno degli aspetti più frustranti e allo stesso tempo meno studiati per chi soffre di fibromialgia ⁴⁴.

I sintomi cognitivi tipici sperimentati soggettivamente includono:

- Difficoltà nella concentrazione;
- Problemi di memoria a breve termine;
- Confusione mentale;
- Calo delle funzioni cognitive e della prontezza mentale;
- Sensazione di “mente annebbiata”.

Sebbene fino a poco tempo fa i sintomi cognitivi fossero stati ampiamente ignorati, questi sintomi possono essere più invalidanti del dolore diffuso e possono stravolgere la vita dei pazienti con un importante impatto sociale ^{45, 46, 47}.

Mentre il dolore muscoloscheletrico diffuso, la dolorabilità e l'affaticamento possono essere i sintomi distintivi della fibromialgia, i pazienti attribuiscono alla disfunzione cognitiva un ruolo di primo piano in termini di impatto della malattia nella qualità di vita, sull'attività lavorativa e determinante una vera e propria disabilità. In una revisione del 2015 ⁴⁸ viene riportato che i pazienti con fibromialgia hanno una prevalenza di disturbi cognitivi 2,5 volte maggiore rispetto ai pazienti con altre patologie reumatiche e che i disturbi maggiormente presentati dai pazienti sono difficoltà nella concentrazione e memoria carente con una incidenza rispettivamente del 95% e del 93%. Questi disturbi cognitivi sembrano essere una componente indipendente, “non progressiva” della malattia e risultano correlati ma non causati dal dolore e non risultano essere precursori o predittori di demenza. Inoltre, un recente studio evidenzia una discrepanza tra i sintomi autoriportati dai pazienti e i risultati ai test neuropsicologici e viene sottolineata l'importanza dei fattori “distraenti” nel peggioramento della performance ⁴⁹.

Donaldson et al. ⁵⁰ descrivono la “fibrofog” come una triade di disturbi cognitivi (ridotta capacità di concentrarsi, riduzione della memoria a breve termine ed incapacità nel multitask) che distinguono i pazienti con fibromialgia dai pazienti con sindrome dolorosa miofasciale.

I pazienti riferiscono in maniera molto evocativa di “guardare la vita come attraverso la nebbia” o di “avere la mente piena di cotone”⁴⁶.

Il Prof. Franco Granone⁵¹ definisce l'ipnosi “*Condizione dinamica, fisiologica, modificata della coscienza, caratterizzata dalla focalizzazione dell'attenzione su un'idea, un'immagine mentale (monoideismo plastico) che ha la capacità, il potere “plastico”, ovvero, riverberando sul piano psicofisico, di consentire modificazioni fisiche, psichiche, sensoriali e viscerali*”. La comunicazione ipnotica suggerisce al paziente un'idea, che si risolve in rappresentazione e la rappresentazione in sensazioni esperite. È una tecnica che permette quindi al paziente di “lavorare sull'unità psico somatica” e, attraverso il monoideismo (focalizzazione su una sola idea) che diviene plastico, di attuare un cambiamento.

L'ipnosi “moderna” più collaborativa, non autoritaria, più consapevole che utilizza un linguaggio metaforico e indiretto, adattata alla persona è stata utilizzata con successo^{52, 53, 54} per:

- Gestire il dolore cronico;
- Ridurre l'ansia e lo stress;
- Migliorare la qualità del sonno.

Nel contesto della fibro-fog l'ipnosi aiuta a:

- Migliorare la concentrazione e la memoria (riducendo stress e stanchezza mentale);
- Offrire strategie mentali per affrontare la nebbia cognitiva;
- Favorire un rilassamento profondo che può alleviare i sintomi generali della fibromialgia.

3. METODI

In questo “studio pilota” basato sull’analisi dei risultati degli effetti della ipnositerapia clinica nel controllo dei disturbi cognitivi associati alla fibromialgia sono stati analizzati i risultati di una “Case Series” di 4 pazienti che, per omogeneità del campione, erano tutte di sesso femminile con età compresa tra i 54 e i 58 anni, con una diagnosi di fibromialgia confermata dallo specialista reumatologo e senza diagnosi di patologia psichiatrica.

Nello specifico:

- Paziente **N.1**, 56 aa, in anamnesi ipotiroidismo poi tiroidecromia, artropatia psoriasica, fibromialgia, poliartrosi, osteopenia, in terapia con eutirox, FANS al bisogno, tachipirina al bisogno e duloxetina 30 mg;
- Paziente **N.2**, 58 aa, in anamnesi lombalgia cronica, annessiectomia, fibromialgia, emicrania su base vasomotoria, cefalea muscolotensiva, colon irritabile trattata con mesoterapia e agopuntura, in terapia con statine
- Paziente **N.3**, 58 aa, in anamnesi fibromialgia e artrite reumatoide, pregressa artroscopia di spalla, in terapia con tachipirina, tramadolo 100mg cp a lento rilascio, methotrexate, terapia ormonale
- Paziente **N.4**, 54 aa, in anamnesi emicrania, dolore cronico addominale con tendenza diarroica, dolori poliarticolari, ipertensione, endometriosi trattata chirurgicamente, pregressa emorroidectomia, osteosintesi gamba destra. In passato trattata con agopuntura. In terapia con inderal, aprovel, tapentadolo 25 mg 2 volte al giorno, zolpidem, duloxetina 30 mg.

Le pazienti sono state valutate presso l’ambulatorio di Terapia del Dolore dove erano già seguite per il quadro algico. L’incontro di ipnositerapia clinica durava circa 45 minuti considerando che la storia clinica delle pazienti e i dati anamnestici erano a me già noti e il rapporto di fiducia con le pazienti già costruito.

Non sono stati richiesti consensi per il colloquio e non ho richiesto formale autorizzazione aziendale, che mi riservo di richiedere in un secondo momento nel caso “questo studio pilota” coinvolga più pazienti.

Non essendo presente in letteratura una scala validata per la valutazione dei soli disturbi cognitivi correlati alla fibromialgia ho fatto riferimento alla versione italiana del Fibromyalgia Impact Questionnaire (Figura 2). Il questionario multidimensionale analizza l’impatto della fibromialgia in diversi ambiti della vita (in totale 21 items, ognuno valutato con un range da 0 a 10 in base all’intensità percepita dal paziente).

Sono stati valutati solamente 2 items riguardanti lo stato di salute generale

- Punto 10. La fibromialgia mi ha impedito di portare a termine i lavori i compiti della settimana.
- Punto 11. Sono stato/a completamente sopraffatto dai sintomi della fibromialgia.

Sono stati valutati 5 items in merito ai sintomi;

- Punto 13. Assegna un punteggio al suo livello di stanchezza
- Punto 14. Assegna un punteggio al suo livello di rigidità
- Punto 16. Assegna un punteggio al suo grado depressione

- Punto 17. Assegna un punteggio ai tuoi problemi di memoria
- Punto 18. Assegna un punteggio al tuo grado di ansia

È stato indagato inoltre anche se non strettamente correlato ai problemi cognitivi il punto 12. Assegna un punteggio al tuo livello di dolore.

È stata valutata anche l'attenzione, non presente nel questionario ed indagata sempre con una scala da 0 a 10, "Assegna un punteggio ai tuoi problemi di attenzione".

Le pazienti hanno eseguito una seduta di ipnositerapia presso l'Ambulatorio di Terapia del Dolore poi ho richiesto loro di "sperimentare l'ancoraggio" a domicilio per due settimane. Ho successivamente ricontattato le pazienti telefonicamente (dopo circa 2 settimane) per valutare l'eventuale miglioramento degli aspetti indagati dagli items sopracitati (sempre valutati da una scala da 0 a 10). Sono quindi stati valutati i risultati in due tempi T0 (sintomi prima della seduta di ipnosi) e T1 (sintomi dopo due settimane-vedi Tabella 3)

Tre delle pazienti (N 1, N 2, N 4) avevano precedenti esperienze di ipnositerapia e tutte e quattro le pazienti applicavano per il controllo del dolore tecniche meditative e di mindfulness.

La tecnica induttiva applicata con tutte le pazienti è stata una tecnica diretta verbale.

Ho cercato per quanto più possibile di "standardizzare" la tecnica induttiva, consapevole che l'ipnosi riconosce "al centro del processo di cura il singolo soggetto, la sua capacità ipnotica e la sua storia".

Le pazienti N.1, 2, e 4 possedevano schemi rappresentazionali prevalentemente visivi mentre la paziente N.3 prevalentemente cenestesici.

La tecnica induttiva per tutte le pazienti si basava sulla focalizzazione esterna: "Fissi la punta delle dita mentre la mano piano piano si avvicinava alla fronte, quando le dita sfioreranno la fronte potrai sentirti pienamente rilassato e potrai chiudere gli occhi".

Lo "script" dell'ipnosi per le pazienti è stato il seguente: "Immagina di camminare in un sentiero in un luogo tranquillo, l'aria è fresca, c'è una lieve nebbia intorno a te.

Ogni passo che fai, la nebbia si dirada intorno a te e ad ogni respiro senti la tua mente diventare più limpida... finché tutto è chiaro e luminoso...1 passo, 2 passi, 3 passi, 4 passi, 5 passi, ...10 passi... Puoi pensare con chiarezza. Il tuo pensiero è lucido e presente.

Ora immagina una luce dorata sopra la tua testa (la vedi) che entra dolcemente nella tua mente portando chiarezza, energia mentale e calma".

Per le pazienti visive mi sono concentrata sulle immagini visive "la chiarezza del paesaggio che vedevano all'orizzonte sempre più vicino e sempre più nitido", mentre per la paziente N.3 mi sono concentrata "sulle sensazioni corporee la nebbia che rende il cammino inizialmente più incerto, si dirada piano piano rendendo i movimenti più leggeri e fluidi".

L' ancoraggio è stato dato chiedendo alla paziente di chiudere il pugno della mano sinistra: "Ogni volta che ti sentirai annebbiata durante la giornata e vorrai usare questa tua capacità ti basterà chiudere a pugno la mano di sinistra".

Al T1 ho chiesto infine alle pazienti quanto fossero state soddisfatte dall' esperienza di ipnositerapia in una scala da 1 a 5 (1. Molto insoddisfatta, 2. Insoddisfatta, 3. Indifferente, 4. Soddisfatta 5. Molto soddisfatta).

VERSIONE ITALIANA DEL REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (ITALIAN-FIQR)

Nome: _____

Età: _____

Cognome: _____

Durata dei sintomi (anni): _____

DOMINIO 1 – FUNZIONE FISICA

Per ognuna delle seguenti NOVE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, *nel corso dell'ultima settimana*, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: *(scegliere un solo numero)*.

1. SPAZZOLARE O PETTINARE I CAPELLI

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. CAMMINARE ININTERROTTAMENTE PER 20 MINUTI

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. PREPARARE I PASTI

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. PASSARE L'ASPIRAPOLVERE E LAVARE I PAVIMENTI

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. SOLLEVARE E PORTARE LE BORSE DELLA SPESA

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. SALIRE UN PIANO DI SCALE

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. CAMBIARE LE LENZUOLA DEL LETTO

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. STARE SEDUTO SU UNA SEDIA PER ALMENO 45 MINUTI

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ANDARE A FARE LA SPESA

Nessuna difficoltà Estrema difficoltà

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOMINIO 1 – SUBTOTALE: _____

DOMINIO 2 – STATO DI SALUTE GENERALE

Per ognuna delle seguenti DUE domande, segni la casella che meglio indica il grado di difficoltà da Lei avvertito, *nel corso dell'ultima settimana*, nel compiere ciascuna delle attività elencate, a causa della fibromialgia: *(scegliere un solo numero)*.

10. LA FIBROMIALGIA MI HA IMPEDITO DI PORTARE A TERMINE I LAVORI/COMPITI DELLA SETTIMANA

Mai Sempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. SONO STATO/A COMPLETAMENTE SOPRAFFATTO/A DAI SINTOMI DELLA FIBROMIALGIA

Mai Sempre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOMINIO 2 – SUBTOTALE: _____

DOMINIO 3 – SINTOMI

Per ognuna delle seguenti DIECI domande, segni la casella che meglio indica il grado di severità del sintomo da Lei avvertito, nel corso dell'ultima settimana, a causa della fibromialgia: (scegliere un solo numero).

12. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORE												
Nessun dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estremo dolore
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI STANCHEZZA												
Nessuna stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrema stanchezza
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI RIGIDITA'												
Nessuna rigidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrema rigidità
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. ASSEGNI UN PUNTEGGIO ALLA QUALITA' DEL SUO SONNO												
Ben riposato/a al risveglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estremamente stanco/a al risveglio
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO DI DEPRESSIONE												
Per nulla depresso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estremamente depresso/a
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI PROBLEMI DI MEMORIA												
Buona memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarsissima memoria
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO GRADO DI ANSIA												
Per nulla ansioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estremamente ansioso/a
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL SUO LIVELLO DI DOLORABILITA' (dolore percepito al tatto)												
Nessuna dolorabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrema dolorabilità
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AI SUOI DISTURBI DI EQUILIBRIO												
Nessun problema di equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarsissimo equilibrio
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21. ASSEGNI UN PUNTEGGIO AL LIVELLO DELLE SUA SENSIBILITA' AI RUMORI, ALLE LUCI, AGLI ODORI ED AL FREDDO												
Nessuna sensibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrema sensibilità
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

DOMINIO 3 – SUBTOTALE: _____

PUNTEGGIO:

1. Sommare i punteggi di ogni singolo item per i tre domini (funzione fisica, stato di salute generale e sintomi);
2. Dividere per 3 il punteggio relativo al dominio FUNZIONE FISICA, lasciare il punteggio inalterato per il dominio STATO GENERALE DI SALUTE e dividere per 2 il punteggio del dominio SINTOMI
3. Sommare i risultanti punteggi dei 3 domini per ottenere il totale

PUNTEGGIO TOTALE FIQR

Figura 2. Salaffi F., Franchignoni F., Giordano A. et al. Psychometric characteristics of the Italian version of the revised Fibromyalgia Impact Questionnaire using classical test theory and Rasch analysis. Clin Exp Rheumatol 2013; 31 (Suppl. 79): S41-S49.

4. RISULTATI

Di seguito sono riportati i risultati dello studio, sintetizzati in tabelle.

La Tabella 3 riassume l'analisi degli items indagati nei due tempi T0 e T1 (dopo due settimane).

ITEMS	Paziente 1		Paziente 2		Paziente 3		Paziente 4	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Lavori settimanali	7	3	7	5	6	5	7	5
Sintomi fibromialgia	8	2	7	4	8	6	7	5
Stanchezza	7	4	8	5	7	5	8	6
Rigidità	8	3	9	4	8	6	6	4
Depressione	3	1	2	0	0	0	4	0
Memoria	7	3	7	2	6	6	2	0
Ansia	9	4	6	3	8	5	5	1
Dolore	7	4	8	6	8	8	7	5
Attenzione	7	2	7	3	4	4	8	5

Tabella 3.

La Tabella 4 evidenzia i valori medi rilevati nel campione al T0 e a T1 e la differenza tra i valori medi.

ITEMS	Valori Medi		Differenza tra i valori medi
	T0	T1	
Lavori settimanali	6,8	4,5	-2,3
Sintomi fibromialgia	7,5	4,3	-3,2
Stanchezza	7,5	5,0	-2,5
Rigidità	7,8	4,3	-3,2
Depressione	2,3	0,3	-2,0
Memoria	5,5	2,8	-2,7
Ansia	7,0	3,3	-3,7
Dolore	7,5	5,8	-1,7
Attenzione	6,5	3,5	-3,0

Tabella 4.

La Tabella 5. riassume il grado di soddisfazione della seduta di ipnositerapia.

Paziente	Molto Insoddisfatta	Insoddisfatta	Indifferente	Soddisfatta	Molto Soddisfatta
1				X	
2				X	
3				X	
4				X	

Tabella 5.

5. DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati si può osservare come i sintomi che per maggiore intensità caratterizzavano il quadro fibromialgico delle pazienti analizzate sono stati i seguenti (in ordine decrescente di intensità, valori medi a T0):

- Rigidità (7,8)
- Stanchezza (7,5)
- Dolore (7,5)
- Disturbi dell'ansia (7)
- Disturbi dell'attenzione (6,5)
- Disturbi della memoria (5,5)

Si evince che le pazienti si sentivano sopraffatte dalla fibromialgia (valore 7,5) ma nonostante il disturbo fibromialgico la loro capacità di svolgere il "lavoro settimanale" (valore 6,8) era meno compromessa rispetto alla percezione soggettiva dell'intensità del disturbo.

L'ipnosi è risultata maggiormente efficace (in termini di differenza tra i valori medi) nel controllo dell'ansia (-3,7), della rigidità (-3,2), dei disturbi dell'attenzione (-3,0) e della memoria (2,7) mentre in accordo con la letteratura il beneficio in termini di controllo del dolore è risultato minore. La letteratura afferma infatti che il controllo del dolore sia più complesso da ottenere perché necessità di uno stato ipnotico più profondo raggiungibile solamente nel 10-15% dei soggetti che risultano avere un "alta ipotizzabilità" ⁵⁵.

Durante l'ipnosi ho suggerito alle pazienti suggestioni di leggerezza "Legate al vento leggero che solleva la mano" ma nella pratica mi sono "scontrata" con la difficoltà nella ratifica di ottenere la levitazione del braccio in tre delle quattro pazienti, le quali mi hanno riferito la stessa difficoltà: "Io avverto il mio corpo sempre come eccessivamente passante e immaginare qualcosa di leggero che lo sostiene e lo solleva mi risulta difficile".

Tutte le pazienti hanno valutato positivamente il trattamento dei sintomi con l'ipnositerapia clinica ma hanno riferito che con il passare dei giorni dalla seduta ambulatoriale "l'efficacia dell'ancoraggio diventava sempre minore" come se si "indebolisse il suo beneficio".

Lo "studio pilota" presenta alcuni limiti., di seguito riportati:

- la numerosità del campione; sono state incluse nel campione solo quattro pazienti;
- aver eseguito in presenza una sola seduta di ipnositerapia clinica e aver lasciato poi che le pazienti sperimentassero l'ancoraggio a domicilio.

Obiettivo futuro è quello di rendere più "solido e robusto lo studio", aumentando il campione delle pazienti ed effettuando più sedute ambulatoriali.

6. CONCLUSIONI

L'ipnositerapia, come indicato anche dalla letteratura, risulta essere efficace nel controllo dei sintomi cognitivi correlati alla fibromialgia. In particolare, da quanto emerge dallo studio, risulta utile nel controllo dell'ansia (-3,7), della rigidità (-3,2), nel disturbo dell'attenzione (-3,0) e della memoria (-2,7), mentre in accordo con la letteratura il beneficio in termini di controllo del dolore è risultato minore. La letteratura afferma infatti che il controllo del dolore sia più complesso da ottenere perché necessità di uno stato ipnotico più profondo, abilità posseduta solamente dal 10%-15% della popolazione generale.

L'ipnositerapia clinica è risultata una metodica sicura e le pazienti sono risultate soddisfatte dal trattamento. Le pazienti hanno riferito però "che l'ancoraggio, con il trascorrere del tempo dalla seduta ambulatoriale, si indeboliva e perdeva di efficacia", evidenziando un limite dello studio che avrebbe necessitato di più incontri ambulatoriali "per consolidare le capacità ipnotiche acquisite e l'ancoraggio" soprattutto per il trattamento di sintomi ormai cronicizzati e "permeanti la vita delle pazienti".

7. BIBLIOGRAFIA

1. Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. Literature review. UpToDate, aggiornamento al 14 Settembre 2016.
2. Wolfe F., Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*, 2016; 46(3): 319-329.
3. Diagnosi e trattamento della Fibromialgia Linee di Indirizzo, SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE Regione Emilia-Romagna DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE Allegato 1
4. Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL. Differential diagnosis of fibromyalgia. Literature review. UpToDate, aggiornamento al 12 settembre 2016.
5. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. Concise review for clinicians. *Mayo Clin Proc* 2011; 86 (5): 457–64.32.
6. Parere reso dal Consiglio Superiore di Sanità al Ministero della Salute, in data 14 settembre 2015, a seguito della interrogazione di Paola Boldrini (5-07313) rispetto all’inserimento della fibromialgia nei livelli essenziali di assistenza.
7. Weir P, Harlan G, Nkoy F, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol*, 2006; 12: 124–8.
8. Harris RE, Clauw DJ, Scott DJ, McLean SA, Gracely RH, Zubieta JK. Decreased central mu-opioid receptor availability in fibromyalgia. *J Neurosci*. 2007;27(37):10000-6.
9. Kadetoff D, Lampa J, Westman M, Andersson M, Kosek E. Evidence of central inflammation in fibromyalgia-increased cerebrospinal fluid interleukin-8 levels. *J Neuroimmunol*. 2012;242(1-2):33-8.
10. Watkins LR, Hutchinson MR, Rice KC, Maier SF. The "toll" of opioid-induced glial activation: improving the clinical efficacy of opioids by targeting glia. *Trends Pharmacol Sci*. 2009;30(11):581-91.
11. Harris RE, Sundgren PC, Craig AD, Kirshenbaum E, Sen A, Napadow V, et al. Elevated insular glutamate in fibromyalgia is associated with experimental pain. *Arthritis Rheum*. 2009;60(10):3146-52.
12. Foerster BR, Petrou M, Edden RA, Sundgren PC, Schmidt-Wilcke T, Lowe SE, et al. Reduced insular gamma aminobutyric acid in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2012;64(2):579-83.
13. Petrovic P, Kalso E, Petersson KM, Ingvar M. Placebo and opioid analgesia-- imaging a shared neuronal network. *Science*. 2002;295(5560):1737-40.
14. Hauser W, Ablin J, Fitzcharles MA, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers*. 1. England 2015. p. 15022.
15. Littlejohn G. Neurogenic neuroinflammation in fibromyalgia and complex regional pain syndrome. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11(11):639-48.

16. Guedj E, Taieb D, Cammilleri S, Lussato D, de Laforte C, Niboyet J, et al. ^{99m}Tc-ECD brain perfusion SPECT in hyperalgesic fibromyalgia. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2007;34(1):130-4.
17. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2002;46(5):1333-43.
18. Feraco P, Bacci A, Pedrabissi F, Passamonti L, Zampogna G, Pedrabissi F, Malavolta N, Leonardi M. Metabolic abnormalities in pain-processing regions of patients with fibromyalgia: a 3T MR spectroscopy study. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2011 Oct;32(9):1585-90. doi: 10.3174/ajnr.A2550. Epub 2011 Jul 28
19. Uceyler N, Zeller D, Kahn AK, Kewenig S, Kittel-Schneider S, Schmid A, et al. Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. *Brain*. 2013;136(Pt 6):1857-67.
20. Efrati S, Golan H, Bechor Y, Faran Y, Daphna-Tekoah S, Sekler G, et al. Hyperbaric oxygen therapy can diminish fibromyalgia syndrome-prospective clinical trial. *PLoS One*. 2015;10(5):e0127012.
21. Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL. Differential diagnosis of fibromyalgia. Literature review. UpToDate, aggiornamento al 12 settembre 2016.
22. John Bonica *The Management of Pain* (1954) Preface to 1st edition
23. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, GEORGE L. ENGEL Authors Info & Affiliations- SCIENCE. 8 Apr 1977- Vol 196, Issue 4286.pp. 129-136 DOI: 10.1126/science.847460
24. Treede, Rolf-Detlef et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the *International Classification of Diseases (ICD-11)*. *PAIN* 160(1):p 19-27, January 2019. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384
25. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et al. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. August 2012. Canadian Rheumatology Association.
26. Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL. Initial treatment of fibromyalgia in adults. Literature review. UpToDate, aggiornamento al 15 aprile 2016.
27. Campo S, Mastro Simone G. Impatto epidemiologico delle Malattie Reumatiche e Osteoarticolari nella Medicina Generale Italiana. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 2015; n. 5.
28. Arnold LM, Gebke KB, Choy EHS. Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. Systematic review. *Int J Clin Pract*, February 2016; 70 (2): 99–112.
29. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*, 2017; 76: 318-328.
30. Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, et al. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007; 4, No.: CD003786
31. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013; 12, No.: CD010884.

32. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014; 10, No.:CD011336.
33. Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL. Treatment of fibromyalgia in adults not responsive to initial therapies. Literature review. *UpToDate*, aggiornamento al 2 gennaio 2016.
34. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, et al. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013; Issue 9. Art. No.: CD009796.
35. Tran ST¹ Guite JW², Pantaleao A³, Pfeiffer M⁴, Myer GD⁵, Sil S⁶, Thomas SM⁴, Ting TV⁷, Williams SE⁷, Edelheit B², Ounpuu S², Rodriguez-MacClintic J³, Zemel L², Zempsky W², Kashikar-Zuck S⁷, Preliminary Outcomes of a Cross-Site Cognitive-Behavioral and Neuromuscular Integrative Training Intervention for Juvenile Fibromyalgia; *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Mar;69(3):413-420.
36. Deare JC, Zheng Z, Xue CCL, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013; Issue 5. Art. No.: CD007070.
37. Bennet RM et al. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007 8:27.
38. Kim CH et al Association of body mass index with symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 2012; 64: 22-28.
39. Ursini et al. Fibromyalgia and obesity: the hidden link. *Rheumatol Int* 2011; 31: 1403-1408. S.
40. XIAO et al. Elevated serum high-sensitivity C-reactive protein levels in fibromyalgia syndrome patients correlate with body mass index, interleukin-6, interleukin-8, erythrocyte sedimentation rate. *Rheumatol Int* 2013, 33: 1259-1264).
41. Efrati S, Fishlev G, Bechor Y, Volkov O, Bergan J, Kliakhandler K, et al. Hyperbaric oxygen induces late neuroplasticity in post stroke patients--randomized, prospective trial. *PLoS One*. 2013;8(1):e53716.
42. Sutherland AM, Clarke HA, Katz J, Katznelson R. Hyperbaric Oxygen Therapy: A New Treatment for Chronic Pain? *Pain Pract*. 2016;16(5):620-8.
43. Clauw DJ. Fibromyalgia. A Clinical Review. *JAMA*, 2014; 311(15):1547-1555
44. Fibro-fog R.G.V. Torta^{1,2}, V. Tesio^{1,3}, V. Ieraci^{1,2}, L. Castelli³, F.B. Zizzi¹, *Clin Exp Rheumatol* 2016; 34 (Suppl. 96): S6-S8.
45. Lesley M Arnold, Leslie J Crofford, Philip J Mease, Somali Misra Burgess, Susan C Palmer, Linda Abetz, Susan A Martin. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Multicenter Study Patient Educ Couns*. 2008 Oct;73(1):114-20. doi: 10.1016/j.pec.2008.06.005. Epub 2008 Jul 21.
46. Katz RS et al. The Prevalence and Clinical Impact of Reported Cognitive Difficulties (Fibrofog) in Patients With Rheumatic Disease With and Without Fibromyalgia. May 2004. *Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases* 10(2):53-8
DOI:10.1097/01.rhu.0000120895.20623.9f
47. Anna L. Kratz, Daniel Whibley, Samsuk Kim, Martin Sliwinski, Daniel Clauw, David A. Williams

“Fibrofog in Daily Life: An Examination of Ambulatory Subjective and Objective Cognitive Function in Fibromyalgia. First published: 14 October 2019

48. Kravitz, H.M., Katz, R.S. Fibrofog and fibromyalgia: a narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatol Int* 35, 1115–1125 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00296-014-3208-7>

49. Anna L. Kratz, Daniel Whibley, Samsuk Kim, David A. Williams, Daniel J. Clauw, Martin Sliwinski. The Role of Environmental Distractions in the Experience of Fibrofog in Real-World Settings First published: 01 April 2020 <https://doi.org/10.1002/acr2.11130>

50. Donaldson, C. C. S., Sella, G. E., & Mueller, H. H. (1998). Fibromyalgia: A retrospective study of 252 consecutive referrals. *Canadian Journal of Clinical Medicine*, 5 (6), 116127.

51. Testo Granone

52. Michele Freeman, Chelsea Ayers, Karli Kondo, Katherine Noonan, Maya O’Neil, Benjamin Morasco, Devan Kansagara. Guided Imagery, Biofeedback, and Hypnosis: A Map of the Evidence [Internet] Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2019 Feb. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. PMID: 31465159 Bookshelf ID: NBK545738

53. Jenny Rosendahl, Cameron T. Alldredge and Antonia Haddenhorst. Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: a 20-year perspective. SYSTEMATIC REVIEW article *Front. Psychol.*, 08 January 2024 Sec. Psychology for Clinical Settings Volume 14 - 2023 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1330238>

54. Erich Flammer, Assen Alladin. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *Meta-Analysis Int J Clin Exp Hypn.* 2007 Jul;55(3):251-74. doi: 10.1080/00207140701338696. PMID: 17558717 DOI: 10.1080/00207140701338696

55. Owen s. et al. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 2008, CHAPTER 15 – Hypnosis, pages 183-188.