

**– Senato della Repubblica –
Commissione Igiene e sanità
14/11/2018**

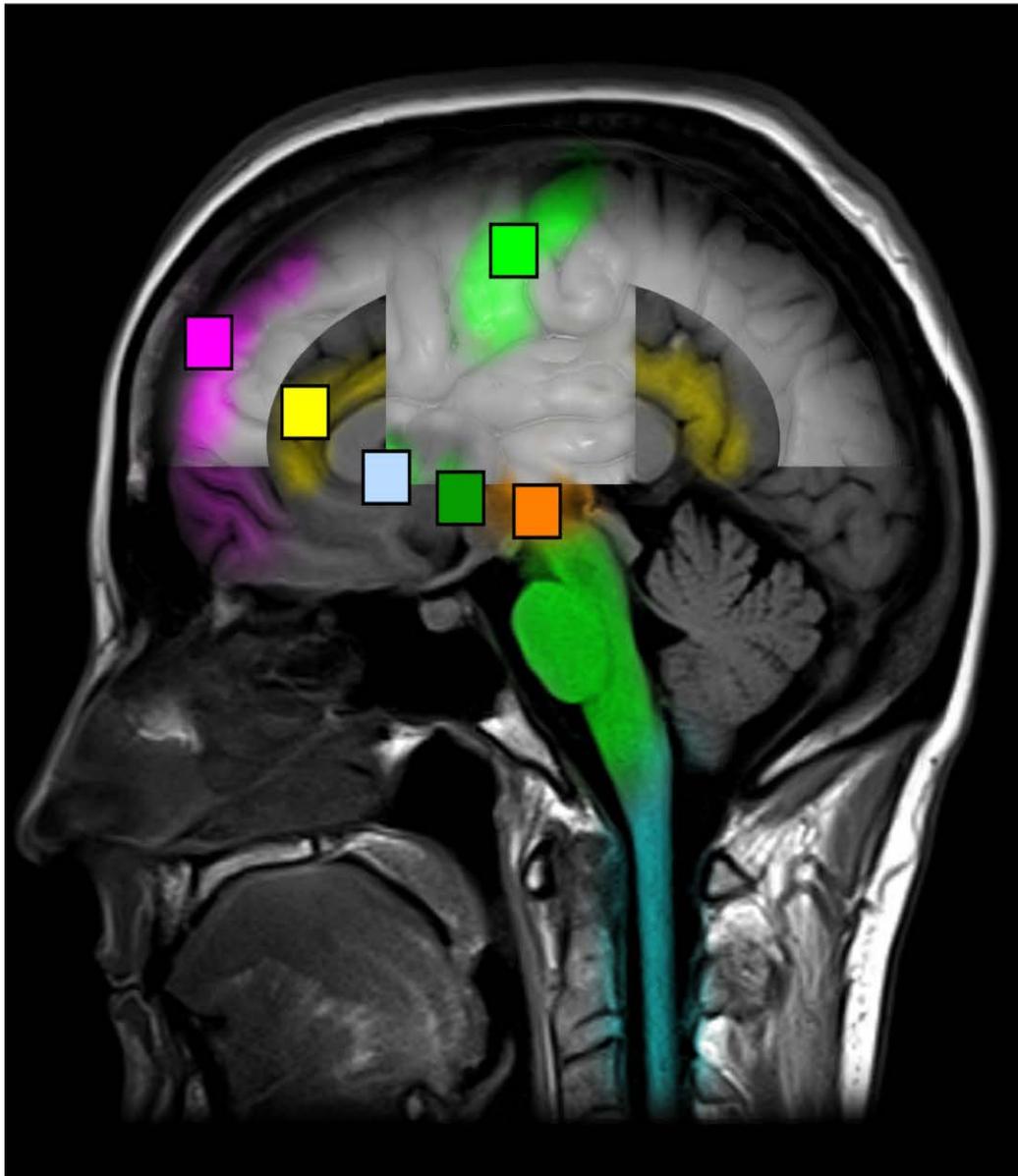
Audizione per DDL 299 “Disposizioni in favore delle persone affette da Fibromialgia” e DDL 485 “Disposizione per il riconoscimento della Fibromialgia come malattia invalidante”.



**Fi.Mar.Onlus
Fibromialgia nelle Marche Onlus**



**DR. ROBERTO RE
Psicologo Clinico
Master in Ipnosi Clinica Medica
Vice Presidente Fi.Mar. Onlus**



	<p>TALAMO</p> <p>SMISTAMENTO ALLE ALTRE AREE</p>
	<p>SSC 1 E 2</p> <p>LOCALIZZAZIONE, IDENTIFICAZIONE, INTENSITA'</p>
	<p>INSULA</p> <p>GRAVITA', RISCHIO PER LA SOPRAVVIVENZA</p>
	<p>ACC</p> <p>INTEGRAZIONE DELL'ESPERIENZA, ELABORAZIONE AFFETTIVA</p>
	<p>PFC</p> <p>ELABORAZIONE COGNITIVA</p>
	<p>AMIGDALA</p> <p>PROB. ELABORAZIONE COGNITIVO-AFFETTIVA (DOLORE CRONICO)</p>



“La Scala di Confusione Somato-Psichica è stata creata per valutare la tendenza a vivere le emozioni prevalentemente come stimoli fisici, senza organizzarle in una gestalt che le configuri come fenomeni dotati di una tonalità affettiva.”

Scognamiglio RM (2001), Il corpo disabitato, in Atti del Convegno della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica, Roma, SIPP



- La diagnosi differenziale consente di precisare se la SFM è **primaria** o **concomitante**, cioè associarsi ad altre condizioni cliniche.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUALE DIAGNOSTICO
E STATISTICO
DEI DISTURBI MENTALI

QUINTA EDIZIONE

DSM-5™



 *Raffaello Cortina Editore*

DPTS

Criteria diagnostici nel DSM 5:

A L'evento traumatico è costantemente rivissuto (immagini, pensieri intrusivi, flashback ricorrenti)

B Vi è un persistente evitamento degli stimoli associati al trauma

C Sintomi persistenti di un aumentato arousal (difficoltà a dormire, irritabilità, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza, risposte esagerate di allarme, irrequietezza motoria).

Disturbo d'ansia generalizzata

Criteri diagnostici nel DSM 5:

A Ansia e preoccupazioni eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività.

B L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.

C L'Ansia e la preoccupazione sono associate con tre o più dei sei sintomi seguenti:

- 1) Irrequietezza o sentirsi tesi “con i nervi a fior di pelle”
- 2) Facile affaticabilità
- 3) Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
- 4) Irritabilità
- 5) Tensione muscolare
- 6) Alterazioni del sonno

D L' Ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica

F Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Disturbo da ansia di malattia

Criteri diagnostici nel DSM 5:

A Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia.

B I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono solo 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.

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

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

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

F 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, tipo somatico.

Specificare quale:

Tipo richiedente l'assistenza: l'assistenza medica, comprendente visite e procedure mediche o esami clinici, è usata frequentemente.

Tipo evitante l'assistenza: l'assistenza medica è usata raramente.

Disturbo da sintomi neurologici funzionali

Criteri diagnostici nel DSM 5:

- A** Uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale.
- B** I risultati clinici forniscono le prove dell'incompatibilità tra il sintomo e le neurologiche o mediche conosciute.
- C** Il sintomo o il deficit non sono meglio spiegati da un altro disturbo medico o mentale.
- D** Il sintomo o il deficit causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare il tipo di sintomi:

Con debolezza o paralisi

Con movimento anomalo (per es., tremore, movimenti distonici, mioclono, disturbi della deambulazione)

Con sintomi riguardanti la deglutizione

Con sintomi riguardanti l'eloquio (per es., disfonia, bisciamento)

Con attacchi epilettiformi o convulsioni

Con anestesia o perdita della sensibilità

Con sintomi sensoriali specifici (per es., problemi visivi, olfattivi o uditivi)

Con sintomi misti

Specificare se:

Episodio acuto: i sintomi sono presenti per meno di sei mesi.

Persistente: i sintomi si verificano per sei mesi o più

Specificare se:

Con fattore psicologico stressante: (*specificare il fattore psicologico stressante*)

Senza fattore psicologico stressante

Episodio Depressivo Maggiore

Criteri diagnostici nel DSM 5:

A Cinque o più dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

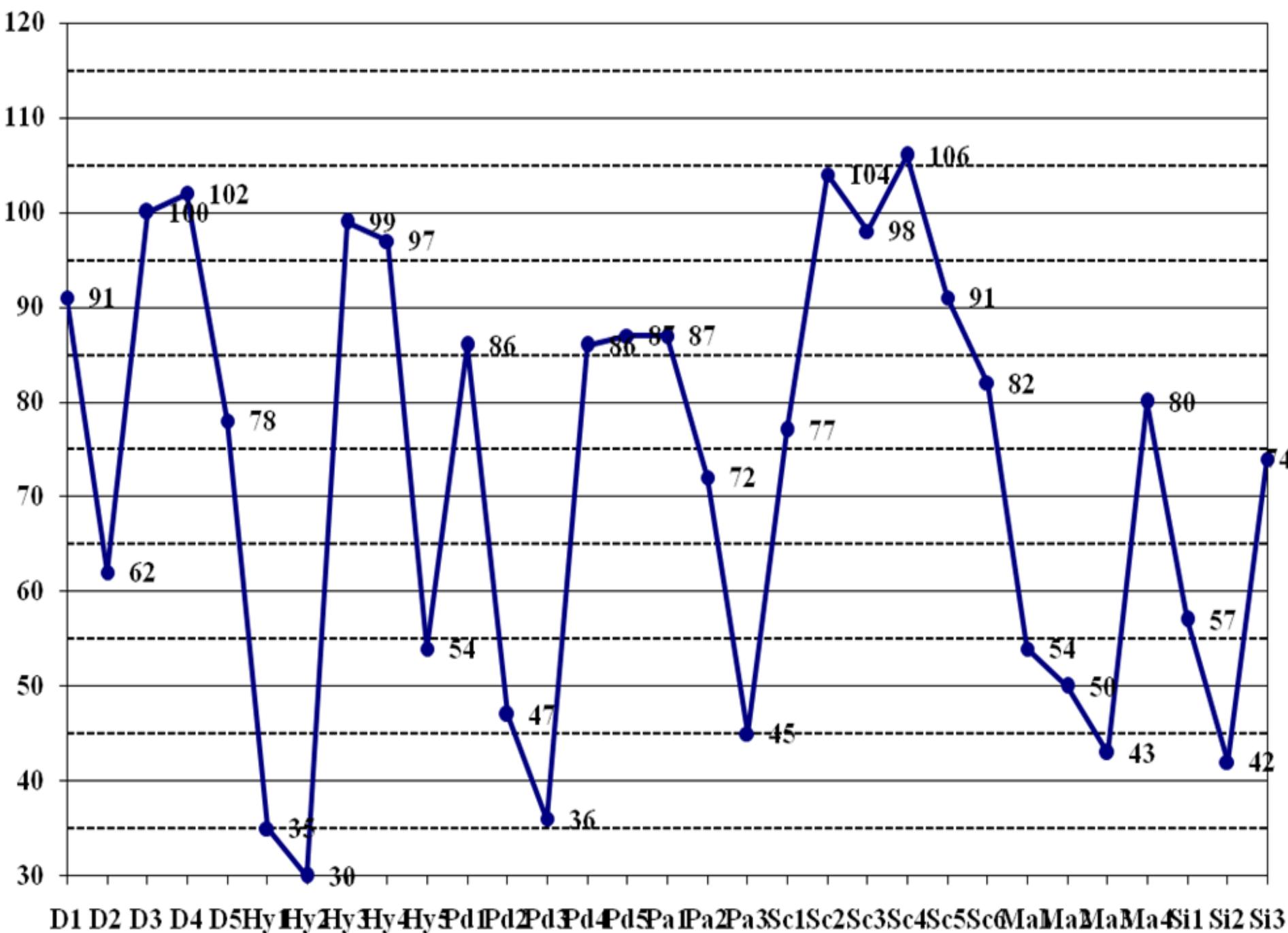
Nota: Non includere i sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.

- 1) Umore depresso per la maggior parte del giorno come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri;
- 2) Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno;

- 3) Significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;
- 4) Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno;
- 5) Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno;
- 6) Faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno;
- 7) Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno;
- 8) Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione quasi ogni giorno;
- 9) Pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicida senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o l'ideazione di un piano per commettere suicidio.

B I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti

C I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale.



- ***Trattamenti Psicologici***

Ipnosi e terapie cognitivo-comportamentali (CBT) rappresentano i trattamenti psicologici di prima scelta

- *Ipnosi*. L'ipnositerapia si è rivelata un utile strumento terapeutico non solo per il controllo dei sintomi (specie se associata all'auto-ipnosi) ma anche per il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), conseguente ad abuso.
- *Terapie Cognitivo-Comportamentali (CBT)*. In studi controllati e meta-analisi, le terapie CBT migliorano nel breve termine la capacità del paziente di gestire positivamente il dolore (*i.e.*, la sua resilienza), ma non incidono significativamente sull'intensità del dolore e i sintomi associati.

- BIBLIOGRAFIA Barber T. X. (1972) Ipnosi, un approccio scientifico, Astrolabio Roma. Barber T. X. & Hahn K. (1962) Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically suggested and waking imagined analgesia, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 65, 411-418. Blumenthal L. S. (1963) Hypnotherapy of headache. *Headache* ,197-202. Collot G. (1988) Ipnosi e condizionamento, *Rivista Italiana Ipnosi Clinica Sperimentale* ,8,18-20. De Benedittis G. (1978) Introduzione allo studio ed alla terapia del dolore, Ghedini, Milano. De Benedittis G. & Carli G. C. (1990) Psiconeurobiologia dell'ipnosi. Seminari sul dolore del Centro Studi Analgesia, Università di Milano. De Benedittis G., Panerai A. E. & al. (1989) Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37. Erickson M.H. (1978) Le nuove vie dell'Ipnosi. Astrolabio, Roma. Erickson M. H.& Rossi E. (1979) Hypnotherapy: an explanatory casebook. Irvington, New York. Finer B., (1980) Mental mechanism in the control of pain, in H. W. Kosterlitz & L. Y. Terenius (edt) *Pain and society*, Verlag Chemie, Weinheim, 223-237. Freud S. (1977) Psicologia e analisi dell'lo, in *Opere*, Boringhieri, Torino. Gardner G.H. (1976) Childhood, death, and human dignity: hypnotherapy for David, *Internationa Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2. Goldstein A. & Hilgard E. R. (1973) Failure of the opiate antagonist naloxone to modify hypnotic analgesia, *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 2041-2043. Hilgard E. R. (1983) Hypnosis in the relief of pain, William Kauffman , Los Altos. Mosconi G. P. (1993) Psicoterapia Ipnosica – principi e fondamenti, Piccin, Padova. Mosconi G. P. (1987) Training Ipnosico – istruzioni per l'uso nella preparazione al parto, Piccin, Padova. Pavlov I. P. (1966) I riflessi condizionati. Boringhieri, Torino. Rehyer J. (1977) Clinical and experimental Hypnosis: implications for theory and methodology, *Annals of New York Academy of Sciences*, 71-84. Spiegel G. & Albert L. H. (1983) Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain, *Psychopharmacology*, 140-143. Wall P. D. (1969) The Physiology of controls on sensory pathways with special reference to pain, in Chertok (edt) *Psychophysiological mechanism of hypnosis*, Springer – Verlag, Berlin – Heidelberg, 107-111. Tiengo M. & Benedetti C. (1996) Fisiopatologia e terapia del dolore. Masson, Milano. Melzack R. & Dennis S. G. (1980) Phylogenetic evolution of pain expression in animals. In Kosterlitz H.W

GRAZIE DELL'ATTENZIONE



Fi.Mar.Onlus
Fibromialgia nelle Marche Onlus



DR. ROBERTO RE
Psicologo Clinico
Master in Ipnosi Clinica Medica
Vice Presidente Fi.Mar. Onlus