

Effetto del trattamento con Psicoterapia Olistica e Mindfulness Therapy in pazienti affette da Sindrome Fibromialgica

Anna Vespa, Maria Velia Giulietti, Marica Ottaviani, Pietro Scendoni, Giuseppe Pelliccioni, Cristina Paoloni, Cristina Meloni

Anna Vespa, Psicoterapeuta e Ricercatore, UOC Neurologia, Area Scientifico Tecnologica, INRCA-IRCCS, Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani, Ancona. Email:a.vespa@inrca.it

Maria Velia Giulietti, Psicoterapeuta e Ricercatore, UOC Neurologia, INRCA-IRCCS, Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani, Ancona. Email:mariavelia.giulietti@gmail.com

Marica Ottaviani, Psicoterapeuta e Ricercatore, UOC Neurologia, INRCA-IRCCS, via della Montagnola n.81, Ancona. Email: marica_O@libero.it

Pietro Scendoni, Reumatologo, UOC Reumatologia, INRCA-IRCCS Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani, Fermo, Italia. e-mail: p.scendoni@inrca.it.

Giuseppe Pelliccioni, Neurologo, UOC Neurologia, INRCA-IRCCS, Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani, Fermo, Italia. e-mail:g.pelliccioni@inrca.it

Cristina Paoloni, Psicologo Psicoterapeuta, UOC Reumatologia, INRCA-
IRCCS Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani, Fermo, Italia

Cristina Meloni, MSc, Dipartimento di Ricerca, Mineral Test di Sas, Via A.
Cecchetti, 7, 62012 Civitanova Marche (MC), Italia. melcri86@hotmail.it.

Introduzione

La Sindrome fibromialgica (FS) è una forma comune di dolore muscolo-scheletrico diffuso con stanchezza (astenia), che colpisce il 3-5 per cento della popolazione generale, circa 1,5, 2 milioni di italiani. Essa si verifica in persone di tutte le età, anche i bambini e uomini, anche se è più diffusa nelle donne di mezza età. Secondo l'American College of Rheumatology (ACR), la sindrome fibromialgica (FS), è definita come dolore cronico diffuso e consapevole in almeno 11 dei 18 punti definiti e si , associa a disturbi del sonno, diminuzione delle funzioni fisiche, depressione e deterioramento della qualità della vita. Essa colpisce principalmente i muscoli e le inserzioni sulle ossa.

I livelli più elevati di disabilità nella fibromialgia possono essere spiegati con disagio psicologico. I sintomi depressivi compromettono la qualità della vita dei pazienti con FS, aumentando la sensazione di dolore e la percezione di disabilità funzionale.

Il modello bio-psico-sociale guarda alla malattia attraverso la co-presenza di diversi fattori associati con maggiore o minore forza nel singolo individuo. Stress, ansia, depressione, credenze e significati culturali attribuiti al dolore, strategie personali in risposta al dolore (attive o passive), il grado di autostima,

umore, le situazioni di paura, frustrazione sono tutte le situazioni importanti nella manifestazione della malattia nella singola persona.

Condizioni psicologiche come ansia e umore depresso sono in parte determinate dalla personalità. Strategie di trattamento per la gestione della sindrome fibromialgica (FS) includono una varietà di terapie farmacologiche e non farmacologiche tra cui la medicina complementare e alternativa (CAM). Tuttavia, rimane un dibattito per quanto riguarda la scelta dei vari trattamenti per FS. Molti autori hanno assegnato il massimo livello di raccomandazione a una serie di trattamenti farmacologici; altri consigliano trattamenti per lo più non farmacologici che includono esercizio aerobico, la terapia cognitivo-comportamentale, e/o il trattamento multicomponente, con amitriptilina identificato come unico agente farmacologico fortemente raccomandato. Quindi, il trattamento richiede un approccio multidisciplinare che comprende quello farmacologico (miorilassanti, antidepressivi, infiltrazioni), fisico (massaggiatori, agopuntori, trattamenti termali) e l'intervento psicologico (gruppi di gruppi psicologici, psico-educativi) .

Tra i tanti trattamenti di medicina complementare e alternativa (CAM) di frequente utilizzati da pazienti con fibromialgia, come definito dal National Institute of Health, esistono dati di ricerca empirica per sostenere l'impiego di tre interventi: (1) mente-corpo, (2) agopuntura, e (3) e terapie manipolative. Esistono dati più deboli di tecniche manipolative (ad esempio, la chiropratica e massaggio). I dati a sostegno l'uso di agopuntura per la fibromialgia sono

solo moderatamente forti. Inoltre, per alcuni pazienti con fibromialgia, l'agopuntura può esacerbare i sintomi, complicando ulteriormente la sua applicazione per questa condizione.

Esistono dati più rilevanti riguardo all'utilizzo di tecniche mente-corpo (ad esempio il biofeedback, l'ipnosi, la terapia cognitivo-comportamentale, le mindfulness Psicoterapia olistica), terapie che vengono adottate in questo studio in particolare utilizzate come parte di un approccio multidisciplinare al trattamento. Inoltre il Mindfulness-Based Pain Management utilizza antiche meditazioni che erano in gran parte sconosciute in occidente fino a poco tempo fa. Una meditazione tipica consiste nel concentrarsi sul respiro che scorre dentro e fuori dal corpo per osservare la mente e il corpo in azione, le sensazioni dolorose che si presentano e smettere di lottare con loro. Con le tecniche di Mindfulness il dolore “cede” naturalmente e diminuisce. Si impara ad osservare delicatamente, senza giudizio, si prendono le distanze, non ci si fa coinvolgere in esso, e con questo metodo succede qualcosa di straordinario: il dolore comincia a sciogliersi spontaneamente. La comprensione di questo meccanismo della mente dà un maggiore controllo sulla propria sofferenza.

Tutta la letteratura scientifica è concorde sul fatto che la pratica di consapevolezza, che include meditazioni passive (stando fermi), meditazioni in movimento, e altre strategie, aiuta a:

- Comprendere come le emozioni e pensieri influenzino sintomi fisici;

- Invertire gli effetti debilitanti di alcune condizioni di dolore cronico;
- Evitare il dolore diventi cronico o di lunga durata;
- Sollevare il tono dell'umore superando l' ansia e la depressione che possono accompagnare il dolore cronico.

L'approccio Olistico, nel presente studio utilizzato, comprende Psicointegrazione Terapeutica, terapie con coinvolgimento corporeo, psicodramma e tecniche meditative (mindfulness) e consente, attraverso la pratica di consapevolezza, di integrare i conflitti e i contenuti intrapsichici per lavorare in modo efficace sui cambiamenti dello stile della vita.

Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'effetto di un intervento di Psicoterapia Olistica integrata con Mindfulness therapy su pazienti affette da FMS.

Metodologia

Popolazione studiata

Novanta donne (di età compresa: 40 a 59 anni) con diagnosi di fibromialgia che ha incontrato criteri dell'American College of Rheumatology per la fibromialgia (ACR) (34)

Criteri di inclusione: donne che decidono volontariamente di partecipare al protocollo di studio su un totale di centotré.

Esse hanno letto opuscoli informativi nell'ambito dei quali è stato descritto l'intervento come un trattamento alternativo potenzialmente in grado di realizzare il benessere in pazienti affetti da fibromialgia. Le pazienti hanno seguito le terapie farmacologiche prescritte dal medico.

I partecipanti sono stati reclutati attraverso il medico, mezzi di informazione, e inviati da medici generici, reumatologi, presso l' INRCA-IRCCS- Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani. Durante un esame presso l'ospedale, i pazienti sono stati valutati per tutti i criteri di ammissibilità e sono stati esaminati da un medico fisiatra che ha usato criteri ACR per confermare la diagnosi di fibromialgia.

I criteri di selezione includevano età (40 -59 anni), con diagnosi di sindrome fibromialgica (da 1 a 11 anni). Le pazienti sono state escluse se: si sono rifiutate di partecipare; presentavano altre forme di malattie (cancro, cardiopatie, diabete e altre malattie croniche); avevano disturbi psichiatrici (valutazione da SASB- Anint-un questionario); stavano utilizzando qualsiasi tipo di psicofarmaco (antidepressivi compresi); si erano sottoposti a psicoterapia negli ultimi 2 anni.

Sono stati raccolti i dati demografici come l' età, lo stato civile e il livello di istruzione nel gruppo trattato e di controllo di non trattati.

Tutti i soggetti studiati (22 donne) sono stati suddivisi sulla base delle seguenti variabili indipendenti: età, stato civile e livello di istruzione (Tab.1). Il gruppo

di controllo era composto da 40 donne con diagnosi di SFM suddivise in base alle stesse variabili indipendenti del gruppo dei casi (età, stato civile e livello di istruzione). Entrambi i gruppi, di studio e di controllo, erano omogenei per età, stato civile e livello culturale.

28 donne su 90 sono state escluse perché rientravano nei criteri di esclusione o non avevano compilato tutti i test.

Il gruppo di studio ed i pazienti del gruppo di controllo hanno completato i seguenti questionari all'inizio e alla fine della psicoterapia ((T0 e T1):

1. Scheda sociale, che comprende le variabili indipendenti come sesso, età, stato civile, livello di istruzione, professione e diagnosi.

2. TCI-140 di Cloninger descrittivo del Temperamento e Carattere, versione italiana. (Appendice A) Il TCI-R, elencando 240 items ed è valutato su una scala a cinque punti Likert. Il TCI- prevede un punteggio per ogni dimensione temperamento e del carattere .

La traduzione italiana del TCI-R è stato precedentemente convalidato sia su pazienti affetti da patologie somatiche che su popolazione normale.

3. Il (FIQ) Fibromyalgia Impact Questionnaire, descrittivo della qualità della vita, si compone di 20 items. I primi 10 item valutano il funzionamento fisico dei pazienti e possono essere combinati per un unico punteggio. Gli altri 2 item riguardano il benessere generale e la capacità di lavorare. Ci sono anche

7 dimensioni che valutano frequenti sintomi della fibromialgia come dolore, fatica, rigidità, e umore. Valori più bassi corrispondono a migliore qualità della vita.

4. Il questionario Dallas sulla percezione del dolore (DPQ) è validato .

Programma di Intervento di Psicoterapia Olistica

L'intervento comprende un programma strutturato di 9 mesi con due gruppi di 12 pazienti, tenuti da un singolo psicoterapeuta. I partecipanti hanno preso parte a una sessione da 2,5 ore ogni settimana. Ogni sessione comprendeva esercizi e temi specifici nel contesto della seduta di psicoterapia con la pratica della consapevolezza.

Il training psicoterapeutico comprendeva una combinazione di esercizi di consapevolezza integrati con tecniche terapeutiche di Psicotesi e Bio-psicotesi e psicodramma finalizzate ad affrontare il conflitto intrapsichico, integrarlo e modificare le strategie non adattative dello stile di vita.

Al momento dell'iscrizione, i partecipanti sono stati invitati a impegnarsi per i compiti a casa quotidiani di:

per il primo mese 1 e ½ minuti tre volte al giorno con la pratica del rilassamento progressivo di Jacobson;

dal primo mese hanno continuato a praticare il relax quotidiano (training di rilassamento Jacobson) e a spendere 15-20 minuti tre volte a settimana

praticando la Mindfulness Therapy (Tecnica Osservatore- Psicosintesi terapeutica).

Gli istruttori erano 1 psicoterapeuta con 30 anni di esperienza nella meditazione Vedanta che aveva una formazione Psicologia Transpersonale nel Groff Transpersonale Training della Psicologia Transpersonale, 5 anni di Psicosintesi terapeutica e Bio-Psicosintesi, tre anni di formazione in Psicoterapie Brevi, due anni in lavoro junghiano simbolico con il coinvolgimento corporeo.

Intervento di Psicoterapia olistica

Identificazione delle modalità disadattive dello stile di vivere e del conflitto intrapsichico ad esse collegate.

Rielaborazione simbolica del vissuto emotivo relativo a questo conflitto ed integrazione dello stesso. Programmazione e attuazione di cambiamenti dei comportamenti legati allo stile di vita non positivi per la salute.

L'Identificazione delle Modalità disadattive è stata fatta attraverso l'impiego del SASB di LS Benjamin.

1-h interviste personali pre- e post-intervento sono state condotte da psicoterapeuti per aiutare i pazienti a formulare obiettivi individuali realistici per l'intervento. Interviste post-intervento per valutare le esperienze personali

dei partecipanti durante il corso e il grado in cui erano stati raggiunti gli obiettivi di pretrattamento.

Il trattamento di psicoterapia veniva integrato con terapia fisica (ginnastica, camminare, ecc.).

Analisi statistica

Analisi- caso controllo. Al fine di valutare le differenze tra pazienti affetti da fibromialgia che sono stati sottoposti al trattamento psicoterapico (gruppo di studio) e i fibromialgici che non l'hanno fatto (gruppo di controllo), è stato deciso di calcolare i valori Δ degli indicatori di questionari psicologici (differenza tra il valore di t1 e il valore in t0). Data la numerosità limitata dei due campioni, si è deciso di utilizzare il test di Mann Whitney U per l'analisi caso-controllo.

Risultati

Dai risultati emergono i seguenti aspetti significativi:

- Δ DPQ La scala del dolore diminuisce ($z = -1.940$; $p = 0.052$)

Mediana Δ gruppo di studio = -20 Mediana Δ gruppo di controllo = -5

La scala del dolore diminuisce molto nel gruppo trattato. Una leggera diminuzione si riscontra nel gruppo di non trattati.

Mediana Δ gruppo di studio = -48.01 Mediana Δ gruppo di controllo = -41.49.

Miglioramento Qualità della vita globale FIQ nel confronto test e retest tra trattati e non. La qualità della vita migliora nei pazienti del gruppo di psicoterapia mentre diminuisce nel gruppo di non trattati al follow-up dopo nove mesi. Δ FIQ ($z = -2.068$; $p = 0.039$)

Differences in TCI Dimensions after the treatment

Le pazienti nel gruppo di psicoterapia hanno mostrato maggiore riflettività e è diminuita l'impulsività (bassa) alla fine del trattamento mentre le pazienti del gruppo di controllo mostrano più impulsività dopo 9 mesi (TCI impulsività vs riflessività = impulsività (NS2) ($z = -2.151$, $p = 0,031$).

Mediana Δ gruppo di studio = -2

Mediana Δ gruppo di controllo = 3

.

Mediana Δ TCI Perfezionista vs pragmatico- (PS4) ($z = -2.321$; $p = 0.020$)

Mediana Δ gruppo di studio = +1

Mediana Δ gruppo di controllo = -5

Le pazienti del gruppo psicoterapia divengono più pragmatiche mentre questa dimensione diminuisce nel gruppo non trattato. Le donne del gruppo senza trattamento mostrano un perfezionismo più rigido dopo nove mesi.

Più pragmaticità nel gruppo di pazienti in psicoterapia mentre nel gruppo di non trattati diminuisce.

1. Δ TCI -Empatia vs disinteresse sociale --Empatia (C2) ($z = -1732$; $p = 0.083$)

Mediana Δ gruppo di studio = +2 Mediana Δ gruppo di controllo = -2

TCI- Empatia aumenta mentre nel gruppo di controllo diminuisce

La dimensione empatia aumentata nel gruppo trattato mentre diminuisce nel gruppo non trattato.

2. Δ TCI Dimenticanza di sé (ST1) vs esperienze autoconsapevolezza-
(*verificare se la variabile è questa*) ($z = -2137$; $p = 0.033$)

Mediana Δ gruppo di studio = 0 Mediana Δ gruppo di controllo = -2

Vengono mantenuti buoni livelli di Autoconsapevolezza nel gruppo con trattamento mentre diminuisce in quello senza trattamento.

I pazienti in psicoterapia mantengono un buon livello di consapevolezza alla fine del trattamento in confronto con il gruppo non trattato. Il gruppo di controllo mostra un peggioramento .

- Δ TCI Identificazione transpersonale vs Autodifferenziazione

- o Identificazione transpersonale (ST2) ($z = -1976$; $p = 0.048$)The

L'identificazione transpersonale migliora nel gruppo di psicoterapia e peggiora nei non trattati

Mediana Δ gruppo di studio = + 5 Mediana Δ gruppo di controllo = -2

- Δ TCI – Accettazione spirituale (ST3) vs materialismo

- ($z = -2.876$; $p = 0.004$)

Mediana Δ gruppo di studio = +5 Median Δ gruppo di controllo = -2

L' Accettazione spirituale (ST3) migliora nel gruppo trattato e diminuisce in quello non trattato

- Δ TCI Totale Auto Trascendenza($z = -2.772$; $p = 0.006$)

Mediana Δ gruppo di studio = + 9 Mediana Δ gruppo di controllo = -2

L'auto-Trascendenza aumenta gruppo trattato e diminuisce in quello non trattato. L'autotrascendenza come e la dimensione di autoconsapevolezza e la dimensione dell'accettazione spirituale sono tutte funzioni del distacco che consente di affrontare, accogliere rielaborare e integrare i contenuti e i conflitti intrapsichici.

- Δ ASQ ($z = -2.097$; $p = 0.036$)

Mediana Δ gruppo di studio = -2 Mediana Δ gruppo di controllo = 0

C'è una significativa diminuzione d'ansia (livelli bassi) nei fibromialgici che hanno fatto il trattamento rispetto a coloro che invece non l'hanno fatto

I livelli di ansia nel gruppo non trattato rimangono medio-alti.

Discussione

Questo studio evidenzia che la Psicoterapia olistica integrata con la Mindfulness Therapy (MBSR) ha un effetto positivo nel ridurre l'impatto quotidiano delle condizioni psico-fisiche, migliorando la qualità della vita, riducendo il dolore, permettendo di superare l'ansia.

Molti autori affermano che la terapia integrata (psicoterapia olistica e mindfulness) può non solo migliorare l'esperienza di sintomi fisici, ma anche le dimensioni emotive e valutative che sono alla base gli aspetti generali del benessere. Infatti dal nostro studio emerge che migliorano anche una serie di modalità del comportamento e del carattere (Hofmann et al., 2010). Hoffman ha suggerito che il training in mindfulness può migliorare le caratteristiche generali del paziente nel far fronte al disagio e alla disabilità nella vita quotidiana, anche in condizioni di grave malattia o di stress (Wong et al., 2013; Fjorback et al., 2013; Hofmann et al., 2010; Rosenzweig et al., 2010; Morone et al., 2008; Segalet al., 2002). Diversi studi infatti concordano con i nostri risultati e suggeriscono che vi sono evidenze che l' MBSR può essere un intervento clinicamente efficace per migliorare lo stato di salute fisica (salute funzionale e benessere) in condizioni di dolore cronico, sindrome dell'intestino irritabile, asma, fibromialgia e vari disturbi di somatizzazione (Sanada et al., 2015; Kabat-Zinn et al., 2008) .

In conclusione la Psicoterapia olistica e Mindfulness Therapy per la sua efficacia sugli effetti sulle condizioni psicologiche e fisiche, dovrebbe essere considerato nella pratica clinica nell'ambito di un approccio multidisciplinare alla Sindrome Fibromialgica.

Conclusioni

Le pazienti affette da SF mostrano dopo il trattamento con Psicoterapia Olistica e Mindfulness Therapy un miglioramento nella qualità della vita, nei e nei livelli di dolore e nei livelli di ansia che diminuiscono. L'efficacia di tale intervento è stata evidenziata.

Bibliografia

Bawa FL, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, Bond CM. (2015) Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 65(635):e387-400.

Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. (2004) Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11: 230–241.

Bohimeijer E, Prenger R, Taal E, et al. (2009) The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 68: 539–544

Brown C, Jones A. (2013) Psychobiological correlates of improved mental health in patients with musculoskeletal pain after a mindfulness-based pain management program. *Clinical Journal of Clinical Pain* 29: 233–244.

Cimpean D, Drake RE. (2011) Treating co-morbid medical conditions and anxiety/depression. *Epidemiology and Psychiatric Services* 20: 141–150.

Creswell JD, Irwin MR, Burklund LJ, et al. (2012) Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behaviour and Immunity* 26: 1095–1101.

Crowe M, Jordan J, Burrell B, Jones V, Gillon D, Harris S. (2015) Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. Sep 29. *ies* 47: 896–908.

Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, et al. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 65: 564–570.

Farrar J, Young J, Lamoreaux L, et al. (2001) Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 94: 149–158.

Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, et al. (2013) Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research* 74: 31–40.

Gallegos AM, Hoerger M, Talbot NL, et al. (2013) Toward identifying the effects of the specific components of mindfulness-based stress reduction on biologic and emotional outcomes among older adults. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 19: 787–792.

Gans JJ, O'sullivan P, Bircheff V. (2014) Mindfulness based tinnitus reduction pilot study. *Mindfulness* 5: 322–333.

Gardner-Nix J, Barbati J, Grummitt J, et al. (2014) Exploring the effectiveness of a mindfulness-based chronic pain management course delivered

simultaneously to on-site and off-site patients using telemedicine. *Mindfulness* 5: 223–231.

Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, et al. (2011) Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trial. *Explore* 7: 76–87.

Grossman P, Niemann L, Schmidt S, et al. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 57: 35–43.

Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. (2006) Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44: 1–25.

Higgins JPT, Green S (2011) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration.

Hofmann S, Sawyer A, Wit A, et al. (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78: 169–183.

Jevning R, Anand R, Biedebach M, et al. (1996) Effects on regional blood flow of transcendental meditation. *Physiology & Behavior* 59: 182–187.

Kabat-Zinn J. (2003) Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10: 144–156. Khoury B,

Lecomte T, Fortin G, et al. (2013) Mindfulness based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 33: 763–771.

Kiecolt-Glaser J, Mcguire L, Robles T, et al. (2002) Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology* 53: 83–107.

Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med.*;2015:610615.

Ludwig DS, Kabat-Zinn J. (2008) Mindfulness in medicine. *Journal of the American Medical Association* 300: 1350–1352.

Melzack R. (1987) The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 30: 190–197.

Morone NE, Greco CM, Weiner DK. (2008) Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain* 134: 310–319.

Plews-Ogen M, Owens JE, Goodman MF, et al. (2005) Pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine* 20: 1136–1138.

Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, et al. (2001) Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life in a Heterogeneous Patient Population. Philadelphia, PA: Jefferson Myrna Brind Center of Integrative Medicine.

Rosenkranz MA, Davidson RJ, Maccoon DG, et al. (2013) A comparison of mindfulness based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic pain. *Brain, Behaviour and Immunity* 27: 174–184.

Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, et al. (2010) Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research* 68: 29–36.

Roth B, Robbins D. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: Findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosomatic Medicine* 66: 113–123.

Sanada K, Díez MA, Valero MS, Pérez-Yus MC, Demarzo MM, García-Toro M, García-Campayo J. (2015) Effects of non-pharmacological interventions on inflammatory biomarker expression in patients with fibromyalgia: a systematic review. *Arthritis Res Ther.* Sep 26;17:272.

Schmidt S, Grossman P, Jena S, et al. (2011) Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain* 152: 361–369.

Segal Z, Teasdale J, Williams M. (2002) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. New York: Guilford Press.

Siegrist J, Hernandez-Mejia R, Fenandez-Lopex JA. (2000) Profile of Quality of Life in the Chronically Ill (PLC). QoL Newsletter 25: 18.

Thornicroft G. (2011) Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. British Journal of Psychiatry 199: 441–442.

Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. (2015) Mind and body therapy for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev. 9;4:CD001980.

Ware J, Snow KK, Gandek B, et al. (1993) SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Centre.

Wong SY-S, Chan FW-K, Wong RL-P, et al. (2011) Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain. Clinical Journal of Pain 27: 724–734.

Zernicke KA, Campbell TS, Blustein PK, et al. (2013) Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: A randomized wait-list controlled trial. International Journal of Behavioral Medicine 20: 385–396.

Ringraziamenti

Si ringrazia la FINMAR.ONLUS per la loro collaborazione per la realizzazione del presente studio.

Google Traduttore per il Business:Translator ToolkitTraduttore di siti
webStrumento a supporto dell'export