

La sindrome fibromialgica: eventi di vita correlati all'esordio e comorbidità di Asse I

Fibromyalgia: life events prior to onset and Axis I comorbidity

M.P. Revello, S. Monasterolo, M.P. Schieron, U. Albert*, G. Maina*, V. Modena**, F. Bogetto*

S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale, Dipartimento Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Giovanni Battista" di Torino; *Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino; **S.C. Reumatologia, Dipartimento Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Giovanni Battista" di Torino

Key words

Fibromyalgia • Axis I comorbidity • Life events • Onset

Summary

Objective

The aim of the study was first to examine life events occurred in the 12 months prior to onset and Axis I comorbidities in a group of subjects with fibromyalgia, and secondly, to investigate the relationship between these variables and pain and disability due to fibromyalgia.

Method

Life events were investigated through the administration of Paykel's Scale for Recent Life Events, and Axis I comorbidities by means of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders in a group of subjects diagnosed with fibromyalgia according to the American College of Rheumatology criteria. The severity of pain and the degree of impairment due to fibromyalgia were investigated through a Visual Analogue Scale and the fibromyalgia Impact Questionnaire. Correlations between Visual Analogue Scale and Fibromyalgia Impact Questionnaire scores, on one hand, and life events and Axis I comorbidities, on the other, were examined by means of independent sample t-tests and Pearson correlations.

Results

Forty patients were included in the

present study. Life events prior to fibromyalgia onset occurred in 67.5% of the subjects (35% of patients had a severe life event prior to onset) (Table I). Axis I comorbid disorders were common among patients, with 67.5% and 57.5% of them satisfying of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders criteria for a lifetime and current mental disorder, respectively (Table IV). Mood and Anxiety Disorders were the most frequently encountered disorders. A higher Fibromyalgia Impact Questionnaire score (higher disability) was related to higher Hamilton Rating Scale For Depression scores, having a current mood disorder and onset preceded by at least one life event (Table V). Subjects with anxiety disorder comorbidity had higher Visual Analogue Scale scores.

Conclusions

The onset of fibromyalgia is often preceded by stressful life events, which also contribute to greater disability. Axis I comorbid disorders are frequent among fibromyalgia patients; both mood and anxiety disorders contribute to a higher degree of impairment. Our results confirm literature data and highlight the need of a careful psychiatric examination of patients presenting with fibromyalgia.

Introduzione

La sindrome fibromialgica (SF) è una patologia dolorosa cronica a carico dell'apparato muscolo-scheletrico ad eziologia sconosciuta¹; spesso è associata una sintomatologia extra-scheletrica che può comprendere alterazioni del sonno, astenia, ansia o veri e propri disturbi d'ansia, depressione o disturbi dell'umore, cefalea, sindrome del colon irritabile^{1,2}.

Corrispondenza:

Umberto Albert, Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126 Torino, Italia • Tel. +39 011 6335425 • Fax +39 011 673473 • E-mail: umberto_albert@hotmail.com

Dal punto di vista epidemiologico colpisce l'età media con una prevalenza maggiore tra i 20 e i 50 anni, ed interessa circa il 2% della popolazione generale; le donne sono più colpite degli uomini, con un rapporto di 9:1.

La diagnosi di SF si basa sui criteri classificativi dell'*American College of Rheumatology* (ACR) del 1990, e pertanto sulla presenza, da almeno tre mesi, di dolore muscolo-scheletrico diffuso e della positività di almeno 11 di 18 specifici *tender points*, evocabile alla digitopressione o mediante algometro a pressione³, in associazione alla negatività di esami di laboratorio e strumentali. La fibromialgia è una sindrome complessa per la quale sono state formulate diverse ipotesi patogenetiche, non universalmente condivise; in particolare un ruolo rilevante sembra essere svolto dall'apparato muscolo-scheletrico (possibile correlazione con fattori posturali e/o lavorativi, riduzione del potenziale di fosforilazione e della capacità ossidativa totale del muscolo, alterazione strutturale delle fibre muscolari in corrispondenza dei *tender points*), dal sistema neuroendocrino (alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, verosimilmente secondarie alla condizione di dolore cronico ed allo stress che caratterizza questi pazienti e mediate da modificazioni neurotrasmettitoriali, deficit secretivo di *growth hormone* [GH] e *insuline-like growth factor* [IGF-1]) e dal sistema nervoso centrale (alterazione dei meccanismi di processazione e modulazione degli stimoli nocicettivi sia a livello centrale che periferico)⁴; recenti studi⁵ hanno ipotizzato inoltre un possibile ruolo di fattori familiari e genetici.

Fattori psicosociali quali eventi di vita potenzialmente stressanti possono essere legati all'esordio della sintomatologia dolorosa della sindrome fibromialgica, ma possono altresì condizionare la percezione del dolore e/o la disabilità/qualità di vita associata alla sintomatologia dolorosa fibromialgica. Alcuni studi hanno segnalato infatti che l'esposizione a *stressors* psicosociali è associata ad un aumento del dolore riferito ed associato alla SF⁶. Anche l'induzione di uno stato d'animo depressivo (ad esempio tramite la lettura di testi con contenuti negativi o la discussione di eventi personali precedentemente occorsi nella vita del soggetto e connotati negativamente) è stata riportata influenzare (aumentandola) la percezione del dolore in soggetti con SF⁶⁻⁸. Un altro studio⁹ ha rilevato che il 51% delle donne con fibromialgia aveva sperimentato in età infantile-adolescenziale eventi di vita negativi contro il 28% solo di un gruppo di donne sane

appaiate per età; prima dell'esordio, l'80% delle donne con fibromialgia riportava un evento di vita significativo, e il 65% un evento di vita negativo. Gli eventi più comuni erano conflitti con i conviventi, il trasloco e problemi di natura finanziaria. Un limite dello studio di Anderberg et al.⁹ consiste nel non aver utilizzato uno strumento validato ed universalmente riconosciuto per la rilevazione degli eventi di vita potenzialmente stressanti occorsi in relazione temporale con l'esordio della SF; inoltre non viene specificato il periodo immediatamente prima dell'esordio indagato. Questo studio, tuttavia, sembra indicare che eventi di vita potenzialmente stressanti sono comuni all'esordio della SF, ma mancano studi successivi che abbiano confermato con metodica più rigorosa tale rilevazione.

Un altro campo di indagine recentemente esplorato dai ricercatori circa i fattori potenzialmente correlati con l'esordio della SF è quello della comorbidità psichiatrica¹⁰; numerosi studi anche epidemiologici hanno dimostrato che i disturbi di Asse I, ed in particolare i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore, sono presenti in comorbidità attuale o lifetime in misura significativamente superiore rispetto a quanto atteso sulla base delle stime di prevalenza nella popolazione generale¹¹⁻¹². Studi di confronto vs. pazienti affetti da altri disturbi reumatologici (ad esempio artrite reumatoide) hanno dimostrato, inoltre, tassi di comorbidità per disturbi dell'umore e d'ansia significativamente superiori, suggerendo una associazione preferenziale la cui direzionalità (rapporto di causalità) resta tuttavia da dimostrare¹³⁻¹⁵. È stata anche segnalata una influenza negativa della presenza di disturbi e/o sintomatologia ansioso-depressiva sulla espressività della SF, in particolare sulla intensità della sintomatologia dolorosa¹¹⁻¹⁴. Questi studi supportano quindi l'interesse dei ricercatori sui rapporti tra sintomatologia algica della fibromialgia e disturbi psichiatrici.

Il presente studio interdisciplinare che ha coinvolto, insieme al fisiatra, il reumatologo e lo psicologo clinico, si è proposto di valutare: 1) gli eventi di vita stressanti occorsi nell'anno precedente l'esordio della SF utilizzando una specifica scala di valutazione, la Scala di Paykel per gli eventi di vita stressanti; 2) i disturbi psichiatrici di Asse I in comorbidità attuale o lifetime, valutati mediante intervista semistrutturata (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I*) e 3) l'influenza sul dolore e sulla disabilità ad esso legata dei disturbi psichiatrici e/o della sintomatologia ansioso-depressiva eventualmente presente.

Materiali e metodi

Casistica clinica

Lo studio ha visto coinvolte tre Strutture Complesse (SC) dell'Azienda Ospedaliera "S. Giovanni Battista" di Torino per la valutazione interdisciplinare di 40 pazienti affetti da SF nel periodo compreso fra gennaio 2004 e giugno 2006: precisamente la SCDO di Recupero e Rieducazione Funzionale (direttore dr.ssa M.P. Schieron), la SCDO di Reumatologia (direttore dr. V. Modena) e la SCU di Psichiatria (direttore prof. F. Bogetto).

Disegno dello studio

I pazienti sono stati sottoposti a visita fisiatrica dopo diagnosi reumatologica di SF, secondo i criteri dell'ACR³ e alla luce della negatività di esami di laboratorio e strumentali per patologie reumatologiche.

Nell'ambito della prima visita fisiatrica veniva posta attenzione all'inquadramento anamnestico e clinico del paziente, alla valutazione del dolore (generale e distrettuale, anche mediante il rilievo del numero di *tender point* e il calcolo del *tender point index*) e dello stato funzionale. Particolare attenzione è stata posta alla determinazione dell'età d'esordio della SF; in caso di dubbio un familiare del paziente è stato coinvolto in modo da precisare il momento dell'esordio del disturbo. I dati venivano raccolti su una cartella clinica specificatamente elaborata, integrata anche dai dati provenienti dalle scale di valutazione somministrate e precisamente:

- *Visual Analogue Scale* (VAS)¹⁶: scala grafica continua autosomministrata costituita da un segmento di retta (generalmente della lunghezza di 10 cm), alle cui estremità viene normalmente indicato "assenza di dolore" e "il più forte dolore immaginabile"; per convenzione e sulla base di quanto riportato in letteratura^{17,18}, si è deciso di considerare come "moderato" un dolore con VAS = 4-6, e come "severo" un dolore con VAS ≥ 7;
- *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ)^{19,20}: questionario autosomministrato, composto da 10 domande, suddiviso in tre parti. La prima contiene 11 item relativi alla capacità nell'ultima settimana di svolgere attività della vita quotidiana, con un punteggio variabile tra 0 (sempre) e 3 (mai). Nella seconda e nella terza viene richiesto il numero di giorni dell'ultima settimana in cui il paziente si è sentito bene e in cui non è stato in grado di svolgere la propria attività

lavorativa (compresi i lavori domestici) a causa dei sintomi della SF. Le domande dalla 4 allo 10 sono relative all'entità dell'interferenza della SF con il proprio lavoro, all'intensità del dolore e dell'astenia, alla qualità del riposo notturno, all'intensità della rigidità e alla presenza di ansia o depressione; le risposte variano da 0 (assenza del disturbo) a 10 (disturbo molto importante), contrassegnate su una scala lineare orizzontale. Il punteggio massimo del FIQ, corrispondente al più elevato grado di disabilità, è 100; nei pazienti con SF i valori medi al FIQ si attestano intorno a 50, mentre solo i pazienti con quadri clinici severi hanno risultati superiori a 70.

È stata inoltre valutata la presenza di eventuali sintomi soggettivi d'accompagnamento quali astenia, presenza di rigidità, disturbi del sonno, disturbi somatoformi (colon irritabile, dismenorea, acufeni, vertigini, ecc.); contemporaneamente sono state chiarite le condizioni socio-familiari del paziente.

Per quanto riguarda la valutazione psicologico clinica-psichiatrica, tutti i pazienti sono stati intervistati da uno specialista in Psicologia Clinica mediante la (SCID-I) nella sua versione italiana per la rilevazione dei disturbi di Asse I in comorbidità attuale o lifetime. Oltre ad una indagine categoriale volta alla rilevazione dei disturbi psichiatrici eventualmente presenti, i pazienti sono stati sottoposti ad una indagine dimensionale per la rilevazione e quantificazione dei sintomi d'ansia e depressivi mediante l'impiego di due scale di valutazione eterosomministrate: la *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) e la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D).

A tutti i pazienti è stato anche somministrato il questionario degli eventi stressanti di Paykel (*Paykel's Schedule for Life Events*) volto alla rilevazione di eventi di vita potenzialmente stressanti occorsi nei 12 mesi precedenti l'esordio della malattia.

Analisi statistica

La prima parte dello studio è stata descrittiva e non ha previsto l'impiego di analisi statistiche. Per valutare l'impatto degli eventi di vita stressanti sul dolore (punteggio alla VAS) e sulla disabilità (punteggio al FIQ), o la relazione esistente tra la presenza di disturbi psichiatrici in comorbidità (attuale o lifetime) e il dolore e la disabilità associati alla SF, abbiamo successivamente suddiviso il campione di pazienti con SF in due gruppi (quelli con o senza eventi di vita antecedenti l'esordio,

ad esempio, o con o senza comorbidità attuale); i punteggi medi alla VAS e al FIQ dei due gruppi sono stati confrontati mediante il t test per campioni indipendenti. La relazione esistente tra due variabili continue (ad esempio tra il punteggio VAS e il numero di eventi di vita stressanti antecedenti l'esordio) è stata indagata mediante il coefficiente di Pearson. È stata considerata una significatività a due code per $p \leq 0,05$.

Risultati

Descrizione del campione

Sono stati inclusi nello studio 40 pazienti affetti da SF. Alcune caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione incluso nel presente studio sono riportate in Tabella I.

Il 65% dei pazienti aveva un titolo di studio superiore e nel 50% dei casi effettuava un lavoro intellettuale; tuttavia il 75% dei pazienti non lavorava al momento della visita per cause differenti (disoccupazione, pensionamento, malattia); il 95% dei pazienti era regolarmente coniugato. Tredici casi (pari al 32,5%) presentavano SF secondaria o concomitante in quanto la sintomatologia algica era associata ad altre patologie, ed in particolare artrite reumatoide (3 pazienti), sclerosi multipla (1 paziente), artrite psoriasica (1 paziente), prolatti-

noma (1 paziente), mentre nei rimanenti casi (8 pazienti) concomitavano algie su base artrosica. In due casi (pari al 5,9%) l'esordio della SF poteva essere messo in rapporto a fattori locali di tipo traumatico-ortopedico e a fattori infettivi.

In 26 pazienti (pari al 65% dei casi) la sintomatologia all'esordio era localizzata, mentre in 14 pazienti (pari al 35% dei casi) il dolore era diffuso; tuttavia al momento della visita 32 pazienti (pari all'80%) presentavano dolore diffuso. Pur trattandosi di quadri algici pluridistrettuali, le principali sedi che i pazienti riferivano interessate da sintomatologia dolorosa erano rappresentate dal rachide (nella totalità dei casi), dal cingolo scapolo-omeroale, dagli arti inferiori e superiori *in toto*, anche se tipicamente più sedi erano interessate contemporaneamente nello stesso paziente. Per quanto attiene alle caratteristiche del dolore, si trattava per lo più di algie rizomeliche o assiali, bilaterali e simmetriche, o algie localizzate in singole regioni somatiche con la caratteristica del dolore da fatica, o sotto forma di parestesie, bruciori o fitte. Tale sintomatologia risulta aggravata dagli sforzi fisici, da posizioni obbligate e prolungate per attività lavorative, dall'esposizione al freddo o all'umidità e dai cambiamenti meteorologici, mentre appare recedere durante la notte o con il riposo, oltre che con l'esposizione al sole e al caldo.

Per quanto attiene i possibili sintomi associati, erano presenti disturbi del sonno (72,5%), ed in particolare insonnia da addormentamento (17,2%) e sonno non ristoratore (65,5%), rigidità mattutina (85%), astenia (87,5%), cefalea cronica (65%), parestesie (65%). Grande attenzione è stata posta alla valutazione della disabilità, effettuata mediante l'autosomministrazione del questionario FIQ: i pazienti dello studio presentavano uno score totale medio al FIQ pari a $48,3 \pm 13,9$, con un maggior grado di disabilità nelle forme locali rispetto alle forme diffuse (FIQ medio $51,1 \pm 7,4$ vs. $47,1 \pm 8,6$, anche se tale differenza non era statisticamente significativa). Solo un numero esiguo di pazienti (3 pazienti, pari al 13,3%) presentava un *impairment* funzionale severo, con un FIQ totale > 70 .

Eventi di vita correlati all'esordio (Paykel's Schedule for Life Events)

La Tabella II riporta i risultati della Intervista di Paykel per gli Eventi di Vita Stressanti; il 67,5% dei pazienti riferiva almeno un evento di vita significativo nei 12 mesi precedenti l'esordio. La Tabella III

TABELLA I.

Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione ($n = 40$). *Socio-demographic and clinical characteristics of the sample ($n = 40$).*

Caratteristica	Media/n	DS/%
Età, $m \pm DS$	52,8	9,8
Sesso, n (%)		
Maschi	4	10,0
Femmine	36	90,0
Età d'esordio dei sintomi algici, $m \pm DS$	38,5	12,4
Tipo di sindrome fibromialgica, n (%)		
Primaria	27	67,5
Secondaria	13	32,5
N tender points, media ($\pm DS$)	14,0	2,1
Tender point index, media ($\pm DS$)	27,3	3,5
Intensità del dolore (VAS), media ($\pm DS$)	6,3	2,7
Punteggio al FIQ, media ($\pm DS$)	48,3	13,9

TABELLA II.

Eventi di vita occorsi nei 12 mesi precedenti l'esordio della sindrome fibromialgica. *Life events occurred in the 12 months preceding onset of fibromyalgia.*

Item	SF (n = 40)
Eventi, media (DS)	1,53 ± 1,43
Punteggio totale (tutti gli eventi), media (DS)	19,57 ± 19,57
Singolo evento di vita più grave, media (DS)	9,52 ± 7,20
Pazienti con, n (%)	
Almeno un evento	27 (67,5)
Almeno un evento grave	14 (35,0)

riporta gli eventi di vita più frequentemente rilevati nel campione.

Disturbi psichiatrici in comorbidità (Asse I)

Dalla somministrazione della SCID-I è emerso che 27 dei 40 pazienti (67,5%) oggetto dello studio presentavano almeno un disturbo di Asse I in comorbidità lifetime e 23 (57,5%) almeno un disturbo in comorbidità attuale; i disturbi più frequentemente rilevati nel campione erano disturbi dell'umore e d'ansia: i principali quadri clinici che sono emersi sono descritti in Tabella IV.

I punteggi medi alle due scale di valutazione dimensionali dell'ansia e dell'umore erano i seguenti: HAM-A: 15,1 ± 9,6; HAM-D: 11,6 ± 8,3.

TABELLA III.

Tipologia di eventi più frequentemente rilevati nel gruppo di pazienti con fibromialgia. *Life events most frequently reported by fibromyalgia patients.*

Evento nella Scala di Paykel	N (%)
26, Aumento dei conflitti con familiari conviventi	8 (20,0)
4, Morte di un familiare stretto	6 (15,0)
25, Aumento dei conflitti con il coniuge	5 (12,5)
31, Conflitti con familiari non conviventi	5 (12,5)
33, Menopausa	4 (10,0)
9, Aborto	3 (7,5)
18, Grave malattia personale	3 (7,5)
24, Rottura di fidanzamento	3 (7,5)
55, Trasloco (nella stessa città)	3 (7,5)

TABELLA IV.

Disturbi psichiatrici riscontrati in 40 pazienti con sindrome fibromialgica alla SCID-I. *SCID-I Axis I disorders found among the 40 fibromyalgia patients.*

Disturbo	Comorbidità attuale		Comorbidità lifetime	
	N	%	N	%
Almeno un disturbo di Asse I	23	57,5	27	67,5
Almeno un disturbo dell'umore	13	32,5	16	40,0
Distimia	2	5,0	2	5,0
Disturbo depressivo maggiore	11	27,5	14	35,0
Almeno un disturbo d'ansia	16	40,0	18	45,0
Disturbo di panico	5	12,5	9	22,5
Disturbo d'ansia generalizzato	11	27,5	15	37,5
Fobia semplice	2	5,0	2	5,0

Correlazioni tra punteggi VAS e FIQ e variabili di interesse psichiatrico

È stata quindi ricercata la presenza di eventuali correlazioni tra intensità del dolore (punteggio alla VAS) e grado di disabilità (punteggio al FIQ) da un lato, e presenza di eventi di vita stressanti all'esordio della malattia, disturbi psichiatrici e punteggi alle HAM-A e HAM-D, dall'altro.

Innanzitutto è emersa una correlazione statisticamente significativa (coefficiente di Pearson: 0,572, $p < 0,01$) tra entità del dolore alla VAS e *impairment* funzionale al FIQ, a significare verosimilmente che un quadro algico severo, o percepito come tale, compromette in modo evidente la qualità della vita del paziente, anche in ambito funzionale. La Tabella V riporta le correlazioni di Pearson con le variabili di interesse psichiatrico; l'unica correlazione statisticamente significativa è risultata tra il punteggio totale al FIQ (espressione di disabilità e ridotta qualità di vita imputabile alla SF) e punteggi alla HAM-D: la correlazione è positiva, ad indicare una influenza della sintomatologia depressiva sulla SF.

I soggetti che riferivano almeno un evento di vita nell'anno precedente l'esordio riportavano, rispetto a coloro che non avevano avuto eventi significativi, un punteggio medio al FIQ maggiore ($51,33 \pm 12,81$ vs. $41,92 \pm 14,47$, $t = -2,087$, $df = 38$, $p = 0,044$); aver avuto un evento di vita grave, invece, non influenza né il punteggio alla VAS né quello al FIQ. Per quanto concerne l'effetto dei disturbi in comorbidità, la presenza di un episodio depressivo maggiore in comorbidità attuale (ma non lifetime) influenza, aumentandolo, il punteggio FIQ ($55,95 \pm 11,41$ vs. $45,37 \pm 13,84$, $t = -2,256$, $df = 38$, $p = 0,030$). La presenza di un disturbo di Asse I in comorbidità attuale e lifetime aumenta i punteggi al FIQ, ma tale differenza non raggiunge la significatività statistica ($p = 0,079$ e $p = 0,078$, rispettivamente). La presen-

za di un disturbo d'ansia in comorbidità attuale e lifetime si associa a punteggi più elevati alla VAS (comorbidità attuale presente: $7,25 \pm 2,20$ vs. $5,63 \pm 2,89$, $t = -1,1955$, $df = 38$, $p = 0,058$; comorbidità lifetime presente: $7,19 \pm 1,89$ vs. $5,52 \pm 3,00$, $t = -2,051$, $df = 38$, $p = 0,047$). Nessuna altra differenza statisticamente significativa è stata rilevata.

Discussione

Il campione di soggetti con sindrome fibromialgica incluso nel presente studio appare rappresentativo dei pazienti con tale disturbo; in accordo con i dati presenti in letteratura, infatti, il 90% dei pazienti è di sesso femminile, con età media all'esordio della sintomatologia dolorosa intorno ai 39 anni. Il gruppo dei pazienti che fin dall'esordio era affetto da una sintomatologia dolorosa diffusa era costituito unicamente da donne, mentre tutti i pazienti di sesso maschile presentavano all'esordio un dolore localizzato (con successiva evoluzione a dolore diffuso). Le caratteristiche emerse alla visita fisiologica e reumatologica effettuate sono anch'esse in accordo con i dati di letteratura.

Scopo del presente lavoro era valutare 1) gli eventi di vita stressanti occorsi nell'anno precedente l'esordio della SF utilizzando una specifica scala di valutazione, la Scala di Paykel per gli eventi di vita stressanti, 2) i disturbi psichiatrici di Asse I in comorbidità attuale o lifetime, valutati mediante intervista semistrutturata (SCID-I) e 3) l'influenza sul dolore e sulla disabilità ad esso legata dei disturbi psichiatrici e/o della sintomatologia ansioso-depressiva eventualmente presente.

Il nostro lavoro permette di confermare quanto già segnalato da Anderberg et al.⁹ circa la frequenza del riscontro di eventi di vita significativi e potenzialmente stressanti occorsi prima dell'esordio della SF; nel nostro campione, utilizzando un'intervista

TABELLA V.

Correlazioni tra punteggi alla VAS e al FIQ e variabili continue di interesse psichiatrico. *Correlations between VAS and FIQ total scores and psychiatric variables.*

	VAS coeff. di Pearson, p	FIQ coeff. di Pearson, p
Numero di eventi di vita	0,042 (0,798)	0,154 (0,343)
Somma dei punteggi totali	-0,027 (0,871)	0,114 (0,483)
Punteggio dell'evento più grave	0,102 (0,238)	0,191 (0,529)
HAM-A	0,272 (0,089)	0,276 (0,085)
HAM-D	0,213 (0,187)	0,423 (0,007)

strutturata con la Scala di Paykel, abbiamo rilevato che il 67,5% dei pazienti riferiva almeno un evento di vita nei 12 mesi precedenti l'esordio, e questo dato è in accordo con il rilievo dell'80% riferito dallo studio di Anderberg et al.⁹. Tale lavoro è, a nostra conoscenza, l'unico che abbia valutato finora l'occorrenza di eventi di vita all'esordio del disturbo. Anche se il nostro lavoro non presentava un gruppo di controllo, e quindi non possiamo concludere che i soggetti con SF presentano più eventi di vita (o eventi di vita più gravi) rispetto a soggetti appaiati per età e sesso, la percentuale di soggetti con eventi di vita significativi prima dell'esordio è comunque elevata. È possibile che l'esordio di una sindrome così polimorfa come la fibromialgia possa avvenire in soggetti predisposti in periodi di vita caratterizzati da eventi di vita significativi e che la sintomatologia espressa rappresenti una reazione a tali eventi di vita. Tale ipotesi resta da verificare in studi controllati. I soggetti che presentavano almeno un evento di vita all'esordio presentavano, inoltre, un punteggio al FIQ superiore; tale rilievo conferma quanto già segnalato da altri studi sull'effetto di *stressors* psicosociali sulla percezione del dolore e sulla disabilità⁶.

Occorre rilevare, a tale proposito, che accanto agli eventi di vita stressanti così come rilevati dalla scala di Paykel può avere una importanza significativa anche lo stress percepito soggettivamente, che potrebbe costituire un cofattore patogenetico nella sindrome fibromialgica. Altrettanto, resta da indagare il significato di possibili eventi o fattori tampone (ad esempio la presenza di un supporto sociale) che potrebbero spiegare come mai individui a parità di esposizione a fattori stressanti sviluppino o no una sindrome dolorosa cronica come la sindrome fibromialgica. Tale complessa relazione tra fattori potenzialmente stressanti e fattori protettivi rispetto all'esordio della sindrome fibromialgica rimane da investigare con metodologia appropriata.

Per quanto concerne le comorbidità psichiatriche di Asse I, il nostro lavoro conferma che i disturbi dell'umore (unipolari) e d'ansia si ritrovano frequentemente in soggetti con SF: il 57,5 e 67,5% dei pazienti presentava almeno un disturbo di Asse I in comorbidità attuale e lifetime, rispettivamente, e i disturbi più frequentemente associati alla SF sono risultati la depressione maggiore, il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo di panico. I nostri dati sono in accordo con la letteratura¹⁰⁻¹⁵ e sottolineano l'importanza per il fisiatra e il reumatologo di una attenta valutazione psicologico-clinica e psichia-

trica volta alla rilevazione di disturbi psichiatrici che potrebbero non rappresentare per il paziente il motivo della richiesta di intervento. Se tali disturbi in comorbidità abbiano una importanza e significato patogenetico resta da dimostrare. La frequenza dei disturbi dell'umore e d'ansia, comunque, suggerisce che tali disturbi possano contribuire all'esordio della SF. Nel nostro campione, inoltre, abbiamo rilevato una relazione tra la presenza di un disturbo depressivo maggiore ed una maggiore compromissione della qualità di vita/maggiore disabilità dei pazienti con SF così come misurata dal punteggio totale del FIQ. La presenza di un disturbo d'ansia sembra invece essere correlata ad un maggior punteggio del dolore (VAS). Tale risultato emerge in un campione ristretto composto da soli 40 pazienti; è quindi verosimile che aumentando il campione e il potere statistico si rendano maggiormente evidenti le correlazioni ed influenze tra la presenza di disturbi psichiatrici ed un aumento del dolore e/o della compromissione funzionale percepiti dai pazienti. Questa influenza è già stata segnalata in letteratura^{6-8 11 14} e nuovamente sottolinea l'importanza di una attenta valutazione dei sintomi psichiatrici in pazienti con SF, dal momento che un trattamento adeguato dei disturbi psichiatrici in comorbidità potrebbe determinare una riduzione significativa anche del dolore e della disabilità correlata alla SF.

Un limite del presente studio consiste nella metodologia statistica impiegata per valutare la relazione esistente tra le variabili considerate; l'impiego del t-test per campioni indipendenti e della correlazione di Pearson non permette infatti di valutare la possibile interazione tra le variabili diverse dello studio. L'esiguità del campione e la natura preliminare dello studio ci hanno portato a scegliere una metodologia statistica meno raffinata, e ci proponiamo di aumentare il campione indagato e di utilizzare metodologie statistiche quali la regressione lineare multipla in futuro.

Il sintomo dolore nel paziente con SF è un'importante causa di disabilità, anche se non è possibile identificarne una causa organica con le comuni metodiche strumentali e di laboratorio. Per tale motivo sono stati condotti molti studi sulla patogenesi del problema dolore e diverse sono le ipotesi patogenetiche al riguardo; ciononostante la maggior parte degli autori concorda nel ritenere la SF una patologia specifica e non semplice epifenomeno di malattia psichiatrica. Il nostro lavoro sottolinea, in conclusione, l'importanza di una valutazione multidimensionale e plurispecialistica della SF, visto

il frequente riscontro di disturbi psichiatrici e l'influenza di eventi di vita e disturbi psichiatrici sul dolore e sulla disabilità ad esso legata. La complessità clinica e la multidimensionalità della patologia, che coinvolge funzionalmente molti organi ed apparati, rende quindi necessari a nostro giudizio trattamenti pluri-specialistici integrati (farmacologici, riabilitativi, psicoterapeutici). A tale proposito vale la pena sottolineare le recenti acquisizioni nel campo del trattamento farmacologico della SF con composti utilizzati in ambito psichiatrico: farmaci con doppio meccanismo di azione (SNRI) come la duloxetina hanno dimostrato una particolare efficacia nella SF e rappresentano al momento una speranza per i pazienti affetti da tale condizione patologica²¹⁻²⁴.

Bibliografia

- 1 Sarzi-Puttini P, Cazzola M. *La sindrome fibromialgica*. Torino: Edi Ermes 2001.
- 2 Sarzi-Puttini P, Cazzola M. *La sindrome fibromialgica primaria: inquadramento clinico e aspetti eziopatogenetici*. *Reumatologia* 2002;10:193-215.
- 3 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. *The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee*. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
- 4 Sarzi-Puttini P, Atzeni F. *La sindrome fibromialgica: un'unica entità clinica?* In: Atti del Congresso "La gestione multidisciplinare delle malattie reumatiche", Mantova 2007, pp. 124-33.
- 5 Buskila D, Neumann L, Press J. *Genetic factors in neuromuscular pain*. *CNS Spectr* 2005;10:281-4.
- 6 Davis MC, Zautra AJ, Reich JW. *Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis*. *Ann Behav Med* 2001;23:215-26.
- 7 Okonkwo R, Bradley L, Sotolongo A. *Effect of stressful imagery on thermal pain ratings of patients with fibromyalgia: what mediates this relationship?* *J Pain* 2007;8:S25-S34.
- 8 Bradley LA. *Pathophysiologic mechanisms of fibromyalgia and its related disorders*. *J Clin Psychiatry* 2008;69(Suppl 2):6-13.
- 9 Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, von Knorring L. *The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls*. *Eur Psychiatry* 2000;15:295-301.
- 10 Arnold LM. *Management of fibromyalgia and comorbid psychiatric disorders*. *J Clin Psychiatry* 2008;69(Suppl 2):14-9.
- 11 White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. *Chronic widespread musculo-skeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample*. *J Rheumatol* 2002;29:588-94.
- 12 Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. *Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome*. *Int J Clin Pract* 2007;61:1498-508.
- 13 Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope HG Jr. *Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study*. *Am J Psychiatry* 1985;142:441-6.
- 14 Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. *Psychosocial factors in fibromyalgia compared to rheumatoid arthritis, 1: psychiatric diagnoses and functional disability*. *Psychosom Med* 1997;59:565-71.
- 15 Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. *Family study of fibromyalgia*. *Arthritis Rheum* 2004;50:944-52.
- 16 Scott-Huskisson EC. *Graphic representation of pain*. *Pain* 1976;2:175-84.
- 17 Ohnhaus EE, Adler R. *Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale*. *Pain* 1975;1:379-84.
- 18 Salaffi F, Ferraccioli G. *Linee guida per la valutazione del dolore cronico muscolo-scheletrico*. Società Italiana di Reumatologia 2004; versione online: http://www.reumatologia.it/obj/File/LG_dol_2004_v02.pdf.
- 19 Bennett R. *The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses*. *Clin Exp Rheumatol* 2005;23(Suppl 39):S154-62.
- 20 Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Fiorini T, Panni B, Randisi G, Turiel M, Carrabba M. *Validation of an Italian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-I)*. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21:459-64.
- 21 Arnold LM, Pritchett YL, D'Souza DN, Kajdasz DK, Iyengar S, Wernicke JF. *Duloxetine for the treatment of fibromyalgia in women: pooled results from two randomized, placebo-controlled clinical trials*. *J Womens Health* 2007;16:1145-56.
- 22 Russell JJ, Mease PJ, Smith TR, Kajdasz DK, Wohlreich MM, Detke MJ, et al. *Efficacy and safety of duloxetine for treatment of fibromyalgia in patients with or without major depressive disorder: results from a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose trial*. *Pain* 2008;136:432-44.
- 23 Sultan A, Gaskell H, Derry S, Moore RA. *Duloxetine for painful diabetic neuropathy and fibromyalgia pain: systematic review of randomised trials*. *BMC Neurol* 2008;8:29.
- 24 Uçeyler N, Häuser W, Sommer C. *A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome*. *Arthritis Rheum* 2008;59:1279-98.