

FIBROMIALGIA: PERCORSI DI SVILUPPO E PERSONALITÀ

Stefano Martellotti

Introduzione e definizione della patologia

La fibromialgia è una frequente patologia caratterizzata dalla presenza di cronici e diffusi dolori muscolari su base non infiammatoria, spesso accompagnati da disturbi del sonno, astenia, cefalea, rigidità muscolare. Essa colpisce prevalentemente il sesso femminile (rapporto femmine/maschi 4-8/1) ed ha una prevalenza complessiva nella popolazione generale compresa tra 1 e 6% (Marsico A, Cimmino AM, 2010). Il mancato riscontro di segni di flogosi e di degenerazione a livello dei tessuti dolenti e dolorabili ha messo in discussione la classificazione di questa malattia tra le malattie reumatiche. L'elevata comorbidità con disturbi d'ansia e dell'umore ed alcune modificazioni neuro-endocrine hanno fatto ipotizzare che essa potesse essere annoverata tra i disturbi dello spettro affettivo. Nell'ultimo decennio, tuttavia, si è andata accumulando una serie di evidenze, provenienti da studi *neuroimaging*, che indicano alterazioni anatomico - funzionali in aree cerebrali implicate nella percezione ed elaborazione del dolore (Schweinhart P et al., 2008). La convergenza e l'integrazione di tali dati ha portato ad ipotizzare che tale patologia sia piuttosto da annoverarsi tra le "sindromi da sensibilizzazione centrale", accanto ad altre problematiche prive di un chiaro substrato organico a livello dei tessuti periferici quali colon irritabile, dismenorrea primaria, cefalea tensiva, sindrome da fatica cronica, sindrome delle gambe senza riposo, ecc. È, inoltre, suggestiva, come vedremo più avanti, la possibilità d'includere tra queste sindromi il disturbo post-traumatico da stress, in considerazione della ridotta soglia del dolore di frequente riscontro in questi pazienti.

Tra le definizioni di fibromialgia che compaiono nel *mare magnum* della letteratura sull'argomento, abbiamo voluto privilegiare quella di Cazzola: "... *sindrome da sensibilizzazione centrale caratterizzata dalla disfunzione dei neurocircuiti preposti alla percezione, trasmissione e processazione delle afferenze nocicettive, con prevalente estrinsecazione del dolore a livello dell'apparato muscolo-scheletrico. Oltre al dolore possono essere presenti molteplici sintomi d'accompagnamento (astenia, disturbi del sonno, dolori addominali ...) comuni ad altre sindromi da sensibilizzazione centrale. Particolari caratteristiche genetiche ed una ridotta capacità individuale di tolleranza agli stressors predispongono all'insorgenza della malattia*" (Cazzola M, 2010).

*Psichiatra, psicoterapeuta IRPPI

Questa lodevole sintesi della sconfinata mole di dati provenienti dalla ricerca presenta, a nostro avviso, almeno tre pregi: di mettere in primo piano l'ipotesi fisiopatogenetica attualmente meglio supportata dalle evidenze (specie da ricerche di *neuroimaging*); di sottolineare la probabile parentela sindromica e fisiopatogenetica con le altre "*medically unexplained syndromes*"; in ultimo, di immaginare un plausibile percorso di sviluppo del disturbo nel corso della vita ed un nesso con fattori di personalità quali vulnerabilità allo stress e determinati stili di elaborazione degli eventi di vita sfavorevoli. L'unico elemento della definizione parzialmente criticabile consiste, semmai, nel dare per assodato che sia l'apparato psichico del soggetto a presentare falle nel proprio sistema di tolleranza allo stress, minimizzando così la possibilità che un ruolo primario sia giocato dall'oggettiva gravosità dell'evento traumatico.

Comorbidità e possibili parentele con le altre *medically unexplained syndromes*

Una traduzione non letterale di *medically unexplained syndrome* potrebbe essere "sindrome non spiegata da fattori organici" o "...da un punto di vista medico". Definizione generica e del tutto provvisoria ovviamente, ma utile per raggruppare una serie di condizioni croniche ed invalidanti prive di chiari riscontri anatomopatologici negli organi e nei distretti sintomatici. Le più frequenti tra queste sono la sindrome da fatica cronica, il colon irritabile, la cefalea tensiva, il dolore articolare temporomandibolare, la dismenorrea primaria, la sindrome da dolore miofasciale, la lombalgia primaria e la stessa fibromialgia. Cattura subito l'attenzione l'elemento dolore cronico "*sine materia*" comune alla maggior parte di questi disturbi. Ciò ha recentemente portato a definirle "sindromi da sensibilizzazione centrale al dolore", ipotizzando un'omogeneità nelle basi patogenetiche di questi disturbi. Tali condizioni sarebbero, infatti, unificate da una fisiopatologia consistente in un'alterazione dei meccanismi centrali (ossia del SNC) di percezione, trasmissione ed elaborazione del dolore. Una modificazione di questo tipo produrrebbe un abbassamento della soglia del dolore, con dolore spontaneo, dolorabilità e allodinia (percezione di dolore a fronte di uno stimolo non doloroso).

In uno studio pubblicato nel 2007 da Shrur EA et al., con il suggestivo titolo "*Feeling Bad in More Ways than One...*", condotto su un *database* di quasi 4000 gemelli, si è potuto rilevare un alto tasso di comorbidità tra molte delle sindromi sopraindicate. Ciò suggerisce una parentela tra esse, ma di che tipo? È possibile che esistano nessi causali tra le une e le altre, ma anche, e, azzarderemmo, più verosimilmente, che esse condividano una comune eziopatogenesi, responsabile di una diversa nocicezione di apparati e distretti corporei.

Riflettendo ancora sul raggruppamento clinico e concettuale delle "sindromi da

S. Martellotti - Fibromialgia: percorsi di sviluppo e personalità

sensibilizzazione centrale”, possiamo avviarci su un terreno speculativo ed empirico che, almeno in potenza, potrebbe obbligarci ad un ampliamento e ad una riformulazione del concetto stesso di “somatizzazione”, inteso come meccanismo di difesa dalla percezione e consapevolezza dell’ansia e dei conflitti.

Fibromialgia e disturbi somatoformi

L’assenza di una base organica ben definita ed alcune somiglianze nella presentazione clinica possono portare a supporre che la fibromialgia abbia qualche cosa in comune con i disturbi somatoformi del DSM-IV-TR. Quest’ultima è un’area diagnostica formata da tutta quella schiera di disturbi per i quali è ragionevole ritenere che qualche elemento psichico abbia un ruolo importante “nell’insorgenza, durata, gravità, mantenimento” della sintomatologia a presentazione somatica. Questa categoria rimanda inevitabilmente all’area diagnostica dell’isteria delle vecchie nosografie, uscita dal DSM a partire dalla sua terza edizione (1980) per lasciare il posto ai disturbi dissociativi e somatoformi, per l’asse I, ed al disturbo di personalità istrionico, in asse II; segnatamente a quest’ultimo, è il caso di precisare come esso non contempli la tendenza alla somatizzazione tra i propri criteri. Sebbene si registri una significativa associazione tra disturbi di somatizzazione e disturbo istrionico di personalità (Garcia-Campayo J et al., 2007; Garyfallos G et al., 1999), va precisato che il secondo non può essere assolutamente considerato come una premessa ai primi o come fattore predisponente necessario allo sviluppo di sintomi somatoformi. Inoltre, tale correlazione sembrerebbe decisamente aspecifica e meno intensa rispetto ad altri disturbi di personalità come, ad esempio, il paranoide. Persino il PDM, il manuale diagnostico psicodinamico, non mette in relazione la personalità isterica con la tendenza a somatizzare, preferendo più prudentemente ipotizzare una “personalità somatizzante” caratterizzata da alessitimia e “pensiero operatorio”.

Molti dei criteri diagnostici del “disturbo somatoforme indifferenziato” e, ancor più del “disturbo algico”, sono di fatto applicabili alla fibromialgia e non di rado tali disturbi somatoformi vengono diagnosticati in comorbidità con questa patologia (specie il disturbo algico -Keel P, 1998). Va ricordato, a questo proposito, come queste due diagnosi non necessitino dell’esclusione di una diagnosi medica, ma solo che fattori psicologici abbiano un ruolo importante nell’influenzarne la presentazione clinica. In questo modo, gli Autori hanno probabilmente voluto evitare di dare per acquisito che le sindromi di questa sezione avessero un’origine psicologica e che nascessero interamente da processi di “somatizzazione”. In altri termini, sembra che essi abbiano voluto ridurre il grado di “inferenza psicogenetica” che poteva trasparire dai criteri di quest’area. A dispetto di questo tentativo di rendere meno probabile l’equivoco, tuttavia, l’allusività dei criteri diagnostici ha ricevuto delle critiche (Sykes R, 2006).

Per concludere, a dispetto delle somiglianze, non è possibile allo stato dell'arte stabilire una parentela stretta tra le sindromi da sensibilizzazione centrale e disturbi di somatizzazione, né comprendere se e in che misura le due aree si sovrappongano e possano in futuro gettare vicendevole luce sulla natura della loro eziopatogenesi e sulle possibili terapie.

Sinora, parlando di "sensibilizzazione centrale" ci siamo concentrati sul "come" potrebbe spiegarsi l'imponente sintomatologia del fibromialgico (fisiopatologia). Proviamo ad accennare qualcosa circa i possibili "perché" (fattori predisponenti, eziologia).

Genetica, traumi infantili e Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD)

La familiarità per la fibromialgia è un fattore di rischio molto rilevante per questa patologia (Buskila D, Neumann L, 2005; Buskila D, 2007; Buskila D et al, 2010). Una ricerca indica che ben il 26% dei consanguinei dei fibromialgici risulta affetto da tale sindrome (Buskila D, Neumann L, 1997). I geni sin qui riscontrati codificano per costituenti dei sistemi serotoninergici, dopaminergici e catecolaminergici. È suggestivo notare come questi sistemi siano i principali indiziati di essere il substrato neurobiologico della depressione maggiore. Evidenze convergenti fanno, dunque, pensare che tali alterazioni genetiche abbiano un ruolo determinante nell'induzione della patologia, pur necessitando con ogni probabilità del contributo di fattori ambientali, in particolar modo, come vedremo, di tipo psicosociale. Può considerarsi se non altro dubbio, tuttavia, che questi fattori neurobiologici di vulnerabilità siano specifici per questa patologia e non rappresentino piuttosto degli elementi generali di "ridotta resilienza allo stress".

Nella storia dei fibromialgici, è molto frequente il riscontro di traumi infantili o stili di accudimento da parte dei genitori caratterizzato da fattori quali scarsa affettività e negligenza (Keel P, 1998; Imbierowicz K et al., 2003; Weissbecker I et al., 2006; Pedrosa GI et al., 2008; Peres JF et al., 2009; Haviland MG et al., 2010). Alcune di queste ricerche hanno anche evidenziato risultati che vanno nella stessa direzione per le altre sindromi algiche croniche, ma con un livello di evidenza tendenzialmente inferiore. Allo stesso modo, i pazienti affetti da disturbo di somatizzazione sembrano avere un tasso di eventi di vita avversi nel corso dell'infanzia superiore alla popolazione generale. Tutti questi dati, ancora una volta, suggeriscono un qualche collegamento tra fibromialgia ed altre patologie "*medically unexplained*", nonché tra fibromialgia e disturbi di somatizzazione.

Esiste un legame molto significativo tra disturbo post-traumatico da stress e sindromi dolorose croniche e, più in generale, tra stress e sensibilizzazione al dolore (Van Houdenove B, 2007). Il dolore cronico è molto frequente nei pazienti con PTSD

S. Martellotti - Fibromialgia: percorsi di sviluppo e personalità

e quest'ultimo è di comune riscontro nei pazienti con dolore cronico. Circa un quinto dei pazienti affetti da PTSD sviluppa fibromialgia. Si tratta di dati sufficientemente replicati. Deve, pertanto, esistere un qualche collegamento tra queste condizioni. Una sindrome da stress post-traumatico (o una condizione cronica di significativo distress) crea evidentemente una condizione di sensibilizzazione allo stress ed al dolore. Pare che questa sindrome inneschi una condizione psico-biologica predisponente rispetto alle sindromi da dolore cronico, indipendentemente dal fatto che il trauma abbia comportato o meno un'esperienza di dolore fisico (Stam R, 2007).

Le tre serie di evidenze presentate in questo paragrafo possono far ipotizzare un percorso di sviluppo progressivo alla base della fibromialgia o, quanto meno, di un sottogruppo consistente di pazienti fibromialgici. Il percorso tipico (senza escludere molte possibili variazioni sul tema) potrebbe, dunque, essere il seguente: un soggetto geneticamente predisposto ad una scarsa resilienza psicologica va incontro ad uno sviluppo affettivo disturbato da esperienze d'abuso o da atteggiamenti parentali anaffettivi e negligenti. In relazione a ciò, non potrebbe maturare un'adeguata capacità di regolazione emotiva e di elaborazione delle esperienze. Eventi traumatici successivi non potrebbero, dunque, essere "superati" ed innescherebbero spirali affettive e cognitive paralizzanti che spesso si configurerebbero in un vero e proprio PTSD. A questo punto, modificazioni progressive di tipo psicologico e, allo stesso tempo neuroendocrino, neuroimmunologico e neurobiologico, creerebbero una modificazione stabile dei sistemi di risposta allo stress e di quelli implicati nella percezione, trasmissione ed elaborazione del dolore. Tale condizione psicobiologica sfocerebbe, infine, in un disturbo da sensibilizzazione centrale, con il contributo di fattori precipitanti quali infezioni, prolungato affaticamento fisico, stress psico-sociali (Van Houdenhove B et al, 2004).

Si tratta, naturalmente, di una ricostruzione ipotetica che richiederebbe ulteriori indagini, specie di tipo prospettico.

Non rimane che chiedersi quali fattori di personalità primari o, in qualche modo, secondari alla sequenza di circostanze che spesso fanno parte della vita di questi pazienti possano giocare un ruolo del mediare, attenuare o promuovere il percorso verso lo sviluppo della fibromialgia.

Fibromialgia e personalità

Si ritiene che la personalità di questi pazienti ("personalità fibromialgica") sia caratterizzata da tratti di perfezionismo, ipercontrollo della rabbia, bassa autostima, tendenza all'ipocondria, deficit nella regolazione affettiva, strategie di *coping* passive, dipendenza nei rapporti interpersonali, tendenza al catastrofismo ed alla negazione dei nessi tra variabili psico-sociali e sintomi fisici. Com'è facilmente intuibile, non è agevole differenziare quali tra questi tratti possano considerarsi primari, pre-

morbosi e favorevoli l'insorgenza della malattia e quali secondari alla presenza dei suoi sintomi. Va, inoltre, considerato che la frequente compresenza di disturbi dell'umore e d'ansia e la loro persistenza potrebbero compromettere aree del funzionamento mentale come la regolazione dell'emotività e dell'autostima, il funzionamento nelle relazioni intime, la relazione medico-paziente o psicoterapeuta-paziente, lo stile di *coping* ed il funzionamento lavorativo, con tutte le ripercussioni immaginabili di quest'ultimo sull'immagine di sé ed il senso d'identità. Ciò potrebbe interferire in modo significativo con la valutazione dei tratti.

La letteratura sulla questione può suddividersi in tre filoni principali: ricerche che si basano su un approccio categoriale all'argomento (comorbidità con i disturbi di asse II del DSM-IV); ricerche fondate su un approccio dimensionale (ad esempio, ricerche che impiegano il *Temperamental and Character Inventory di Cloninger*); collegate alle ricerche dimensionali, vi sono, infine, studi che prendono in considerazione variabili inerenti funzioni mentali dell'individuo (*coping*, grado alestitimia). Nella maggior parte degli studi, l'impostazione non è quella di ricercare un rapporto di tipo causale sul modello "personalità premorbosa o predisponente alla fibromialgia"; più cautamente, si tenta d'indagare la personalità che in genere si associa alla malattia condizionandone alcuni aspetti come il grado di sofferenza in relazione ai sintomi algici. In altri casi, si vuole testare la possibilità che alcuni tratti siano comuni ai familiari non affetti e, dunque, in qualche modo primari ed attribuibili all'identità psicobiologica costituzionale del malato, ma non considereremo questo pur interessante argomento per motivi di brevità.

Le ricerche del primo tipo forniscono tassi di comorbidità con i disturbi di personalità piuttosto variabili e comprese tra 8,7% (Thieme K et al., 2004 – campione di 115 pazienti con fibromialgia) e 46,7% (Rose S et al., 2009 – campione di 30 pazienti), passando per un 31% ottenuto da Uguz et al. nel 2010 (103 fibromialgici). Tutti e tre gli studi si fondano sull'impiego di interviste strutturate costruite sui criteri diagnostici del DSM-IV. Considerando che, come precedentemente segnalato, tratti di perfezionismo ed ipercontrollo della rabbia sono frequentemente associati alla "personalità fibromialgica", vale la pena di notare come sia il secondo che il terzo studio riportino come disturbo di personalità più frequente l'ossessivo-compulsivo.

È, però, d'obbligo una breve riflessione sul criterio categoriale dell'asse II del DSM-IV. Ad ormai quasi vent'anni dall'uscita del manuale, l'asse II può considerarsi ormai desueto, vincolato ad un modello nosografico strettamente medico e nomotetico e già oggi nettamente superato dalla revisione della diagnosi di personalità proposta dal DSM-V, nonostante la quinta versione del manuale diagnostico dell'American Psychiatric Association non sia ancora ufficialmente uscita (vedi www.dsm5.org). La diagnosi di asse II secondo il DSM-IV è fondata su soglie diagnostiche arbitrarie, stabilite sulla base della presenza/assenza di un certo numero di criteri diagnostici. Pertanto, essa risulta del tutto inadatta (se non fuorviante) per ricerche intese a sta-

S. Martellotti - *Fibromialgia: percorsi di sviluppo e personalità*

bilire correlazioni tra variabili continue (ad es. tra variabili biologiche o sintomatologiche, da un lato, e personologiche, dall'altro). La logica di questa versione del manuale, infatti, spinge implicitamente il clinico ed il ricercatore ad ignorare o sottovalutare la possibile influenza della personalità sui processi patogenetici, sulla clinica, sul decorso e sulla risposta ai trattamenti di un dato disturbo medico o psichiatrico. Le ricadute sulla pianificazione dei trattamenti e sull'interpretazione dei risultati di studi clinici sono sufficientemente evidenti e, non di rado, drammatiche. Detta in altri termini, tale impostazione favorisce un atteggiamento che, nella migliore delle ipotesi, dà rilevanza alla possibile influenza della personalità solo a patto che essa sia disturbata secondo soglie diagnostiche non presenti in natura, ma solo nell'elaborazione concettuale della *task force* che ha realizzato l'asse II del DSM-IV.

Molto più interessante risulta essere un approccio dimensionale o funzionale all'indagine sulla personalità di questi malati. I risultati delle ricerche di questo tipo evidenziano: la presenza di "alessitimia" e "rabbia repressa" (Sayar K et al., 2004); "scarso rapporto con la realtà", "freddezza emotiva nelle relazioni", "repressione della rabbia" e "meccanismi di difesa immaturi" (Egle UT et al., 1989); "*harm avoidance*" (Glazer Y et al., 2010) nell'accezione che ne dà Cloninger (apprensività, pessimismo, timidezza, evitamento della novità, dubbiosità); "sociotropia" nel senso di Aaron T. Beck (preoccupazione e dipendenza dall'approvazione altrui) (Nordhal HM et al., 2007); "alessitimia", "precarie capacità di elaborazione emotiva", "disconoscimento dell'origine dei psicologica dei sintomi in favore di quella somatica", "affettività negativa e scarsamente variabile" (Brosschot JF et al., 2001). A proposito di quest'ultimo studio, è interessante il rilievo posto dagli Autori sulla strana associazione tra "alta difensività" ed "alta tendenza all'ansia" che connoterebbe il fibromialgico.

Provando a riassumere questi tratti in un immaginario profilo narrativo medio, potremmo descrivere la personalità del fibromialgico come segue: *"si tratta di individuo con un basso livello di autostima ed una scarsa capacità di regolare i propri affetti, connotata dalla tendenza a reprimere e disconoscere la rabbia o a somatizzarla. Nelle relazioni affettive, tende a sviluppare un atteggiamento dipendente che lo porta a reprimere l'espressione del proprio dissenso preferendo modalità passivo-aggressive nella gestione dei conflitti interpersonali; ha difficoltà ad esprimere un autentico calore affettivo nei rapporti interpersonali; è preoccupato dal giudizio dell'altro e ciò lo conduce a condotte evitanti rispetto a persone cui non è sicuro di piacere oppure a ricercarne il consenso e l'approvazione con atteggiamenti compiacenti; sul piano cognitivo: è dubbioso e incerto, mostra una scarsa capacità di elaborare le esperienze negative, propendendo per ricostruzioni e previsioni catastrofiste e mostra una mentalità psicologica molto deficitaria. Preferisce evitare situazioni nuove e impegnative che richiedono flessibilità, tolleranza alla frustrazione e capacità di adattamento. Può inconsciamente accentuare la percezione e la manifestazione dei propri disturbi fisici ed emotivi per non essere costretto ad affrontare autonomia, responsabilità, tensioni interpersonali e frustrazioni"*.

Non trattandosi del profilo di una persona in carne ed ossa, questa descrizione

va intesa come un mero esercizio accademico. È probabile che alcuni clinici possano aver intravisto in queste righe molti dei tratti che effettivamente hanno riscontrato nei pazienti fibromialgici, ma forse è proprio l'aspecificità di questo profilo a rappresentarne il principale limite.

Non entreremo nel dilemma relativo a quali aspetti della personalità possano essere primari e quali secondari, ma si può rilevare come l'elemento centrale di un tale assetto consista proprio nella tendenza di queste persone a restare intrappolate in una serie di tensioni intrapsichiche ed interpersonali dalle quali non riescono a riemergere. Probabilmente, le risorse mancanti alla base di queste difficoltà hanno a che fare con funzioni mentali come la mentalizzazione nell'accezione di Fonagy. L'Autore definisce mentalizzazione "una forma di attività mentale immaginativa che consente d'interpretare il proprio e l'altrui comportamento in termini di stati mentali intenzionali (bisogni, desideri, sentimenti, credenze, obiettivi, ecc.)". Il nostro riferimento è motivato anche dall'accento posto dall'autore sul nesso che sussiste tra questa funzione mentale e lo sviluppo del sé, nonché sui rapporti tra esperienze infantili traumatizzanti (spesso presenti, come visto, nella storia dei pazienti con fibromialgia) e lo sviluppo di una mentalizzazione deficitaria o alterata (Fonagy, Target, 1997). Naturalmente, non sarà sfuggita la prossimità concettuale tra mentalizzazione ed altri costrutti come la teoria della mente od anche la stessa alestitimia, spesso riscontrata nei fibromialgici. Affianco alla mentalizzazione, citiamo altre due funzioni mentali presumibilmente alterate in questi pazienti: "la complessità delle rappresentazioni delle persone" e la "capacità d'investimento emotivo nelle relazioni interpersonali e nei valori morali" (Westen D, 2002). Queste due funzioni vengono misurate da due delle quattro scale della versione originale della SCORS (*Social Cognition and Object Relations Scale*) di Drew Westen. Questo sistema di misurazione è stato originariamente costruito per valutare obiettivamente queste funzioni a partire dalle narrazioni ottenute mediante la somministrazione del test proiettivo T.A.T.. La scala "complessità delle rappresentazioni delle persone" misura la capacità di un individuo di differenziare con chiarezza la propria prospettiva da quella altrui; di vedere in se stesso e negli altri "molteplici disposizioni stabili e durature" e di rappresentare sé e gli altri come "esseri dotati di una psicologia" con motivazioni complesse ed esperienze soggettive. La scala "capacità d'investimento emotivo nelle relazioni interpersonali e nei valori morali", invece, misura quanto gli altri sono trattati come il "fine" piuttosto che il "mezzo" delle proprie azioni, gli eventi sono considerati in termini diversi dalla mera gratificazione dei bisogni, gli standard morali sono sviluppati e tenuti in considerazione e si vivono le relazioni interpersonali come esperienze significative e coinvolgenti.

Tentiamo, infine, di fare una considerazione sulla personalità del fibromialgico nei termini della teoria dell'attaccamento, con il contributo degli sviluppi contemporanei della teoria delle relazioni oggettuali (Kernberg OF et al., 2008). Si può ipotizzare che la difficoltà nel realizzare una vita di relazione soddisfacente derivi an-

S. Martellotti - *Fibromialgia: percorsi di sviluppo e personalità*

che dalla sistematica riattivazione, nel contesto dei rapporti affettivi, di modelli operativi interni e di rappresentazioni sé – oggetto interiorizzate disfunzionali, derivanti da esperienze infantili deludenti o traumatiche. Il costituirsi di un legame affettivo sarebbe, pertanto, in grado d'innescare una riedizione dell'esperienza negativa e di spingere le dinamiche di rapporto con l'altro significativo nel senso della ripetizione di interazioni "ri-traumatizzanti".

È, dunque, proprio questo immobilismo della mente e questa replicazione di schemi relazionali rigidi e disturbanti a cronicizzare lo stress al punto da modificare la percezione e l'elaborazione del dolore? Non sappiamo se ciò rappresenti uno dei passaggi chiave nello sviluppo psicofisico della malattia. Ciò che appare del tutto verosimile, tuttavia, è che la carenza di funzioni di elaborazione fondamentali favorisca il permanere di stati di attivazione psicofisica che alla lunga risultano dannosi. La rigidità degli schemi interpersonali, in buona parte secondaria ai deficit di mentalizzazione, faciliterebbe l'insorgenza di condizioni ambientali che ripropongono scenari di frustrazione e disagio interpersonale i quali, come in un circolo vizioso, sarebbero responsabili del rinforzo e della stabilizzazione della condizione di stress.

Prospettive di ricerca sulla personalità del paziente affetto da fibromialgia

Auspichiamo che nei disegni di ricerca futuri vengano inclusi strumenti sviluppati appositamente per misurare quelle funzioni chiave della mente umana fortemente indiziate di essere alterate in questi pazienti. Per brevità e preferenza personale, citiamo solo la SCORS di Westen, la *Reflective Function Scale* di Fonagy e la STIPO di Kernberg. L'accento sulla misurazione degli aspetti funzionali della mente, a danno delle concezioni categoriali della personalità, è motivato, come accennato, dalla necessità di operare correlazioni tra variabili continue inerenti la psicologia dell'individuo ed altre di ordine clinico e biologico, nonché dall'aver preso atto della limitatezza di concezioni della personalità unicamente ispirate al modello nosografico medico.

Per chiarire il dilemma circa il ruolo della personalità nello sviluppo della fibromialgia, saranno, infine, da privilegiare disegni prospettici, la suddivisione dei pazienti fibromialgici in sottogruppi più omogenei e l'adozione di sistemi diagnostici più moderni.

Bibliografia

- Abbate L, Massaro V (2007). La valutazione delle relazioni sociali e delle rappresentazioni sociali con il TAT. Cortina Editore, Milano.
- Alciati A (2010). Gli aspetti psicologici della fibromialgia: tra causa ed effetto, in "Fibromialgia" a cura

Mente e Cura - n. 2/2011

- di Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Stisi S. *Mattioli 1885*, Fidenza, 2010. pp 123-130
- American Psychiatric Association, (1980), Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 3 edition (DSM-III), Washington D. C., tr. it., DSM III: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Masson, 1983.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th edn) (DSM-IV).Washington,DC: APA.
- Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry*. Aug;67(8):1219-25.
- Brosschot JF, Aarssen HR (2001). Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *Int J Psychiatry Med.*;31(2):127-46.
- Browning M, Fletcher P, Sharpe M (2011). Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med*. 2011 Feb-Mar;73(2):173-84. Epub 2011 Jan 7.
- Buskila D, Atzeni F, Sarzi-Puttini P (2010). Aspetti genetici della sindrome fibromialgica, in "Fibromialgia" a cura di Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Stisi S. *Mattioli 1885*, Fidenza, 2010 pp 49-54
- Buskila D, (2010). Genetics of chronic pain states. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Jun;21(3):535-47.
- Buskila D, Neumann L (2005). Genetics of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. Oct;9(5):313-5.
- Buskila D, Neumann L (1997). Fibromyalgia syndrome (FM) and nonarticular tenderness in relatives of patients with FM. *J Rheumatol*. May;24(5):941-4.
- Carignola R, Calzolari G, Data V (2010). Le sindromi da sensibilizzazione centrale, in "Fibromialgia" a cura di Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Stisi S. *Mattioli 1885*, Fidenza 2010, pp 95-104
- Cazzola M (2010). La sindrome fibromialgica: definizione ed aspetti diagnostici in "Fibromialgia" a cura di Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Stisi S. *Mattioli 1885*, Fidenza, 2010. pp 27-38
- Ciuro A, Testa M (2006). Fibromialgia, in *La riabilitazione integrata delle malattie reumatiche* di Nava T, Masson, pp 275-281
- Eggle UT, Rudolf ML, Hoffmann SO, König K, Schöfer M, Schwab R, von Wilmowsky H (1989). Personality markers, defense behavior and illness concept in patients with primary fibromyalgia. *Z Rheumatol*. Mar-Apr;48(2):73-8.
- Endresen GK (2007). Fibromyalgia: a rheumatologic diagnosis? *Rheumatol Int*. Sep;27(11):999-1004. Epub 2007, Jul 20.
- Fietta P, Fietta P, Manganelli P (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed*. Aug;78(2):88-95.
- Fink P, Schröder A (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res*. May;68(5):415-26
- Fonagy P, Target M (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization, *Development and Psychopathology*, 9, 679-700
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M (1998). Reflective-functioning manual version 5 for application to adult attachment interviews. Unpublished manuscript.
- García-Campayo J, Alda M, Sobradie N, Oliván B, Pascual A (2007). Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *J Psychosom Res*. Jun;62(6):675-80.
- Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Ikonomidis N, Donias S, Giouzepas J, Dimitriou E (1999). Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece. *Compr Psychiatry*. Jul-Aug;40(4):299-307.
- Giamberardino MA, Affinati G (2010). Aspetti neuroendocrini e disautonomici della sindrome fibromialgica, in "Fibromialgia" a cura di Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Stisi S. *Mattioli 1885*, Fidenza, pp 61-66.
- Glazer Y, Buskila D, Cohen H, Ebstein RP, Neumann L (2010). Differences in the personality pro-

S. Martellotti - Fibromialgia: percorsi di sviluppo e personalità

- file of fibromyalgia patients and their relatives with and without fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2010 Nov-Dec;28(6 Suppl 63):S27-32. Epub 2010, Dec 22.
- González E, Elorza J, Failde I (2010). Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on the quality of life patients. *Actas Esp Psiquiatr.* Sep-Oct;38(5):295-300. Epub, 2010, Sep 1.
- Gracely RH, Atzeni F (2010). Neuroimaging e fibromialgia, in "Fibromialgia" a cura di Sarzi-Putti-
ni P, Cazzola M, Atzeni F, Stisi S. Mattioli 1885, Fidenza, 2010. pp 67-76
- Haviland MG, Morton KR, Oda K, Fraser GE (2010). Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry Res.* May 30;177(3):335-41. Epub 2010 Apr 10.
- Häuser W, Bernardy K, Arnold B (2006). Fibromyalgia — a somatoform (pain) disorder? *Schmerz.* Apr;20(2):128-39.
- Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG Jr, Keck PE Jr, Schlesinger L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med.* Apr;92(4):363-7.
- Imbierowicz K, Egle UT (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Eur J Pain.*;7(2):113-9.
- Keel P (1998). Psychological and psychiatric aspects of fibromyalgia syndrome (FMS). *Z Rheumatol.*;57 Suppl 2:97-100.
- Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal.* Jun;89(3):601-20.
- Marsico A, Cimmino MA (2010). Epidemiologia della sindrome fibromialgica, in "Fibromialgia" a cura di Sarzi-Putti-
ni P, Cazzola M, Atzeni F, Stisi S. Mattioli 1885, Fidenza, 2010. pp 39-48
- Nickel R, Hardt J, Kappis B, Schwab R, Egle UT (2009). Somatoform disorders with pain as the predominant symptom: results to distinguish a common group of diseases. *Schmerz.* Aug;23(4):392-8.
- Nordahl HM, Stiles TC (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry.* Mar 9;6:9.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pedrosa Gil F, Weigl M, Wessels T, Irnich D, Baumüller E, Winkelmann A (2010). Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry Res.* May 30;177(3):335-41. Epub 2010 Apr 10.
- Peres JF, Gonçalves AL, Peres MF (2009). Psychological trauma in chronic pain: implications of PTSD for fibromyalgia and headache disorders. *Curr Pain Headache Rep.* Oct;13(5):350-7.
- Rose S, Cottencin O, Chouraki V, Wattier JM, Houvenagel E, Vallet B, Goudemand M (2009). Study on personality and psychiatric disorder in fibromyalgia. *Presse Med.* May;38(5):695-700. Epub, Jan 23.
- Santos Dde M, Lage LV, Jabur EK, Kaziyama HH, Iosifescu DV, Lucia MC, Fraguas R (2011). The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia. *Clinics (Sao Paulo).* 66(6):973-8.
- Sayar K, Gulec H, Topbas M (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol.* Oct;23(5):441-8. Epub 2004 Jun 30.
- Schur EA, Afari N, Furberg H, Olarte M, Goldberg J, Sullivan PF, Buchwald D (2007). Feeling bad in more ways than one: comorbidity patterns of medically unexplained and psychiatric condition. *J Gen Intern Med.* Jun;22(6):818-21.
- Schweinhardt P, Sauro KM, Bushnell MC (2008). Fibromyalgia: a disorder of the brain? *Neuroscientist.* Oct;14(5):415-21. Epub 2008 Feb 12.
- Stam R (2007). PTSD and stress sensitisation: a tale of brain and body Part 1: human studies. *Neurosci Biobehav Rev.*;31(4):530-57. Epub 2007 Jan 31.
- Stam R (2007). PTSD and stress sensitisation: a tale of brain and body Part 2: animal models. *Neu-*

Mente e Cura - n. 2/2011

- roschi *Biobehav Rev.*;31(4):558-84. Epub 2007 Feb 3.
- Stern BL, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield KL, Horz S, MacCornack V, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *J Pers Assess.* Jan;92(1):35-44.
- Sykes R (2006). Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? *J Psychosom Res.* Apr;60(4):341-4.
- Thieme K, Turk DC, Flor H (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* Nov-Dec;66(6):837-44.
- Tuzer V, Bulut SD, Bastug B, Kayalar G, Göka E, Betepe E (2011). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nord J Psychiatry.* Apr;65(2):138-44. Epub 2010 Sep 27.
- Uguz F, Çiçek E, Salli A, Karahan AY, Albayrak I, Kaya N, Uurlu H (2010). Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry.* Jan-Feb;32(1):105-7. Epub 2009 Sep 11.
- Van Houdenhove B, Egle UT (2004). Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychother Psychosom.* Sep-Oct;73(5):267-75.
- Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology.* Apr;31(3):312-24. Epub 2005 Nov 7.
- Westen D (2002). TAT scoring manual, unpublished manuscript.