

LAVORO ORIGINALE

Determinanti della depressione in 111 pazienti italiani con sclerosi sistemica

Determinants of depression in 111 italian patients with systemic sclerosis

L. Beretta¹, S. Astori², E. Ferrario¹, M. Caronni¹, M. Raimondi¹, R. Scorza¹

¹Centro di Riferimento per le Malattie Autoimmuni Sistemiche, Fondazione IRCCS Policlinico-Mangiagalli-Regina Elena di Milano,

²Dipartimento di Scienze sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia

SUMMARY

Background: A high prevalence of depressive symptoms has been described in systemic sclerosis (SSc), but no clear association with organ involvement or objective indices of disease severity has been depicted. To date, no effort has been made to determine the prevalence of depressive symptoms in Italian patients with SSc or to clarify their cause.

Methods: One-hundred-eleven SSc patients were asked to fill in the Beck Depression Inventory (BDI) questionnaire, the scleroderma Health Assessment Questionnaire (sHAQ) and two additional questions assessing the patient's familiar support and the social consequences of the patient's change in physical appearance.

Results: Thirty-seven subjects (33.4%) presented mild to severe depressive symptoms ($BDI \geq 17$). On univariate analysis the diffuse cutaneous form of the disease ($p=0.019$), higher pulmonary systolic pressures on echocardiogram ($p=0.016$), lower FVC percentage of predicted values ($p=0.022$), higher sHAQ values ($p<0.001$) or higher VAS values for pain ($p=0.007$), lung involvement ($p=0.02$), Raynaud's phenomenon severity ($p=0.002$), ulcers severity ($p=0.006$) or disease severity ($p<0.001$), were associated with the presence of pathologic depressive symptoms. On multivariate analysis only the VAS for disease severity relevant to BDI scores ($p=0.016$). Social behaviour changes due to SSc-related physical involvement were reported in 14 patients (38%) with depressive symptoms ($p=0.006$) and were more likely to be observed in younger patients ($p=0.001$) with a more severe Raynauds's phenomenon ($p=0.013$).
Conclusions: Mild to severe depressive symptoms are common in SSc patients especially in those with a worse perception of disease severity, these patients should be carefully monitored and a psychological assistance counselled whenever necessary.

Reumatismo, 2006; 58(3):219-225

INTRODUZIONE

La Sclerosi Sistemica (SSc) è una complessa malattia autoimmune caratterizzata da un eccessivo ed alterato accumulo di collagene ed di altre componenti della matrice extracellulare a livello della pelle, degli organi interni e da tipiche alterazioni vascolari (1). Il corso della malattia, per quanto variabile in diversi individui, si accompagna ad un progressivo deterioramento della funzione fisica e della qualità della vita.

Lo scadimento delle condizioni fisiche è una causa riconosciuta di depressione in molte patologie (2) così come in diverse malattie reumato-

logiche, fra cui la SSc. Una elevata prevalenza di alterazioni dell'umore in senso depressivo è stata difatti osservata in diverse popolazioni di pazienti sclerodermici, con percentuali che raggiungono il 65% delle persone affette (3). Nonostante queste premesse, ad oggi sono stati effettuati solo un numero limitato di studi sulla depressione nella SSc, (3-6) nei quali non sono emerse associazioni fra depressione, coinvolgimento d'organo o indici obiettivi di gravità della malattia.

Questi stessi studi hanno però fornito risultati contraddittori fra di loro, forse in ragione delle differenti casistiche o popolazioni considerate: gli autori anglossassoni (Roca et al. e Bernud-Larson et al.) hanno evidenziato una correlazione fra funzione fisica auto-determinata dal paziente tramite sHAQ (scleroderma Health Assessment Questionnaire) e depressione, associazione non confermata da Matsura et al. in 50 pazienti giapponesi.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Lorenzo Beretta,

Centro di Riferimento per le Malattie Autoimmuni Sistemiche,

Fondazione IRCCS Policlinico-Mangiagalli-Regina Elena,

Via Pace 9, I-20122 Milano

E-mail: lorberimm@hotmail.com

Inoltre, mentre gli studi pubblicati hanno focalizzato la loro attenzione sui fattori fisici, sociologici e familiari che potrebbero influenzare la comparsa di depressione nella SSc, sorprendentemente poca o nessuna attenzione è stata posta ad altre variabili, quali le variazioni estetiche che tipicamente si accompagnano alla malattia e che potrebbero essere rilevanti in questo contesto (7, 8).

Scopo del presente lavoro è stato quello di determinare per la prima volta la prevalenza della sintomatologia depressiva in un'ampia casistica di pazienti italiani affetti da SSc, verificando le interazioni esistenti fra di essa, gravità della malattia e supporto familiare. È stato inoltre determinato l'impatto sociale delle alterazioni estetiche conseguenti alla sclerodermia, i fattori capaci di influire su di esso e la relazione con lo stato depressivo.

METODI

Pazienti

Centoundici pazienti afferenti al Centro di riferimento per le Malattie Autoimmuni Sistemiche dell'IRCCS Fondazione Policlinico-Mangiagalli-Regina Elena di Milano ed affetti da sclerosi sistemica sono stati considerati per il presente studio. Tutti i pazienti soddisfacevano i criteri preliminari dell'American College of Rheumatology per la classificazione della Sclerosi Sistemica (9) ed hanno fornito un consenso informato prima della partecipazione allo studio.

Variabili in studio

I pazienti sono stati classificati, in base all'estensione dell'interessamento cutaneo all'atto della prima visita presso il nostro centro, nella forma cutanea limitata (lcSSc) o cutanea diffusa (dcSSc) della malattia (10). La durata di malattia è stata definita come il numero di anni intercorsi fra la comparsa dei primi sintomi attribuibili alla SSc e la presente valutazione (11). La gravità del coinvolgimento cutaneo, viscerale, circolatorio e respiratorio è stata stabilita secondo i parametri definiti da Medsger (12). In aggiunta a ciò sono stati comunque analizzati separatamente i valori di FVC (% del predetto), di DLco (% del predetto) e di PAP (valutata tramite Eco Cardio Doppler).

All'atto della visita ai pazienti è stato chiesto di compilare i seguenti questionari: lo sHAQ (13) e il

BDI (Beck Depression Inventory) (14). Entrambi questi strumenti clinici sono stati da tempo validati ed in precedenza utilizzati in pazienti sclerodermici per valutare rispettivamente la funzionalità fisica e i sintomi depressivi.

Allo sHAQ è stato attribuito un punteggio (da 0 a 3), come descritto in precedenza da Steen e Medsger (13), tutte le otto categorie originali del questionario (dressing and grooming, arising, eating, walking, hygiene, reach, grip and other activity) sono state considerate nel presente studio; allo stesso modo le cinque originali VAS (Visual Analog Scales) incluse nello sHAQ (breathing, gastrointestinal, Raynaud's phenomenon, finger ulcers, overall disease severity) sono state somministrate ai pazienti. Una sesta VAS, riguardante il dolore percepito dai pazienti, è stata aggiunta alle precedenti. I valori da 0 a 150 mm delle VAS sono stati convertiti in una scala continua da 0 a 3 (13).

La BDI è uno strumento diagnostico che si è dimostrato in grado di individuare pazienti adulti con sintomi depressivi, anche nell'ambito della medicina generale, con una sensibilità del 100 per cento ed una specificità dell'89 per cento con un punteggio soglia pari a 16 (15). Tutte i 21 item della versione di autovalutazione dei sintomi cognitivi, affettivi e somatici della depressione presenti nel BDI sono state somministrate ai pazienti e ad esse è stato attribuito un punteggio secondo i criteri precedentemente pubblicati (14). Il punteggio totale è stato classificato nelle seguenti 4 categorie: 0-10, stato di normalità; 11-16, umore deflesso; 17-20, sintomi depressivi lievi; 21-26, sintomi depressivi moderati; >26, sintomi depressivi marcati.

Per valutare l'entità del supporto familiare e le conseguenze delle alterazioni fisiche correlate con la malattia, ai pazienti è stato infine chiesto di rispondere (si/no) alle seguenti domande:

- 1) Si sente aiutata e capita dai suoi familiari?
- 2) Il cambiamento del suo aspetto fisico ha alterato i suoi rapporti con le altre persone?

Analisi statistica

Le variabili in oggetto del presente studio sono state analizzate utilizzando il software SPSS 12.0 (SPSS inc, Chicago, IL). Le variabili categoriche sono state confrontate tramite il test chi-quadrato di Pearson; le variabili continue sono state confrontate tramite test t di Student. In caso di significatività nei precedenti test ($p < 0,01$), per valutare

il contributo complessivo delle singole variabili alla depressione ($BDI \geq 17$) e alle alterazioni dei rapporti interpersonali (Il cambiamento del suo aspetto fisico ha alterato i suoi rapporti con le altre persone=si), è stato utilizzato un modello di regressione binaria logistica.

RISULTATI

Le caratteristiche demografiche dei 111 pazienti considerati per il presente studio sono riportate nella tabella I. La maggioranza dei soggetti sono femmine (92%) di età compresa fra 27 e 85 anni ($56,4 \pm 11,4$ [media \pm deviazione standard]), con una durata di malattia compresa fra i 0 e 36 anni ($10,9 \pm 7,3$), presenta un coinvolgimento cutaneo di tipo limitato (IcSSc = 75,7%) con TSS (Total Skin Score) di 0-30 ($6,1 \pm 5,3$), segni e/o sintomi di coinvolgimento gastroenterico (88,3%) e polmonare (78,4%).

Il punteggio BDI medio è risultato essere di 13,5

Tabella I - Caratteristiche demografiche dei pazienti.

Variabile	Valore
Età, anni	$56,4 \pm 11,4$
Durata malattia, anni	$10,9 \pm 7,3$
dcSSc, n (%)	27 (24,3)
Skin Score, n (%)	
0	16 (14,4)
1-14	88 (79,3)
15-29	6 (5,4)
30-39	1 (0,9)
≥ 40	0
FVC, % predetto	$83,3 \pm 21,2$
DLco, % predetto	$60,9 \pm 21,1$
PAP, mmHg	$28,4 \pm 15,8$
Interessamento d'organo	
Apparato gastroenterico, n (%)	98 (88,3)
Apparato respiratorio, n (%)	87 (78,2)
Rene	54 (4,8)
dcSSc, variante cutanea diffusa; FVC, capacità vitale forzata; DLco, diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio; PAP, pressione arteria polmonare (ecocardiogramma).	

$\pm 8,6$ (range 0 – 40); la distribuzione dei soggetti nelle categorie BDI descritte in precedenza è riportata nella tabella II. Sessantaquattro pazienti (66,6%) presentano un umore da normale a depresso e 37 (33,4%) pazienti hanno sintomi depressivi da lievi a severi ($BDI \geq 17$).

La presenza di depressione ($BDI \geq 17$) è risultata essere significativamente correlata al subset clinico della malattia, alla sua durata, ai valori di VC e di PAP, al punteggio sHAQ e di tutte le VAS ad eccezione di quella gastroenterica, non sono emerse correlazioni con le categorie di interessamento d'organo secondo Medsger. Nell'analisi logistica la gravità di malattia (VAS) è tuttavia risultata essere l'unica determinante significativa per la presenza di depressione (Tab. III). La VAS di gravità è fortemente correlata alle altre VAS (r di pearson $> 0,4$, $p < 0,001$) ad eccezione di quella gastroenterica e i pazienti con una malattia severa in almeno una delle categorie raynaud/ulcere/respiro/dolore (ra/ul/re/dol) -definita come almeno uno dei punteggi $VAS_{ra/ul/re/dol} > (\text{media } VAS_{ra/ul/re/dol} + 1 \text{ SD } VAS_{ra/ul/re/dol})$ -, presentano un alta probabilità ($\chi^2 = 20,01$, $p < 0,001$) e rischio di depressione ($OR = 6,7$, $CI_{95} = 2,8 - 16$).

I pazienti con sintomi depressivi riferiscono un adeguato supporto familiare, mentre buona parte di essi ($14/37 = 38\%$) afferma di aver modificato i propri rapporti sociali a causa delle alterazioni dell'aspetto fisico conseguenti alla malattia ($p = 0,006$).

I pazienti con alterati rapporti sociali sono tendenzialmente più giovani, con punteggi BDI più elevati e una forma di malattia più severa (Tab. IV); l'analisi logistica evidenzia come l'entità del fenomeno di Raynaud, età più giovane e il cambiamento dell'aspetto fisico influiscano sui rapporti sociali con terzi.

Tabella II - Distribuzione dei valori di BDI nella popolazione in esame (n=111).

Punteggio BDI	Definizione	n (%)
0-10	Normale	49 (44,1)
11-16	Umore deflesso	25 (22,5)
17-20	Sintomi depressivi lievi	15 (13,5)
21-26	Sintomi depressivi moderati	14 (12,6)
> 26	Sintomi depressivi gravi	8 (7,2)
BDI, Beck depression inventory		

Tabella III - Paragone fra variabili in esame nei soggetti con (BDI \geq 17) o senza depressione. Non evidenziati indici di gravità secondo Medsger (p=ns fra i due gruppi in tutte le categorie).

Variabile	BDI<17 (n=64)	BDI \geq 17 (n=37)	Pu	Pm
Età, aa	56,1 \pm 12,2	56,9 \pm 9,8	ns	ns
Durata malattia, aa	10,3 \pm 7,1	12,2 \pm 7,7	ns	ns
dcSSc, n (%)	3 (18)	14 (38)	0,019*	ns
TSS	6 \pm 5,6	6,2 \pm 4,8	ns	ns
sHAQ	0,459 \pm 0,489	1,074 \pm 0,697	<0,001	ns
VAS Dolore	0,59 \pm 0,65	1,1 \pm 0,99	0,007	ns
VAS Gastro	0,35 \pm 0,68	0,46 \pm 0,71	ns	ns
VAS Raynaud	0,34 \pm 0,58	0,88 \pm 0,83	0,002	ns
VAS Respiro	0,45 \pm 0,7	1,21 \pm 1,83	0,02	ns
VAS Ulcere	0,28 \pm 0,59	0,78 \pm 0,97	0,006	ns
VAS Gravità	0,94 \pm 0,73	1,94 \pm 0,82	<0,001	0,016
Supporto familiare, n(%)	60 (81)	27 (73)	ns*	ns
FVC, % predetto	86,5 \pm 21,2	76,4 \pm 20	0,022	ns
DLco, % predetto	63,2 \pm 20,4	56,2 \pm 22,2	ns	ns
PAP, mmHg	25,27 \pm 11	34,7 \pm 21,3	0,016	ns

Valori espressi come media \pm deviazione standard eccetto dove indicato. Pu, probabilità univariata condotta con il test t di Student eccetto dove indicato (*, chi quadrato). Pm, probabilità multivariata condotta con il test di regressione logistica binaria. BDI, Beck depression inventory; dcSSc, variante cutanea diffusa; TSS, total skin score; sHAQ, health assessment questionnaire modificato per la sclerodermia; VAS, scala analogica visuale (0-3); FVC, capacità vitale forzata; DLco, diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio; PAP, pressione arteria polmonare (ecocardiogramma); ns, non significativo.

DISCUSSIONE

Sintomi depressivi in pazienti affetti da SSc sono stati descritti con un'alta prevalenza in casistiche extra-europee, americane (3, 5, 6) e giapponesi (4). In questi studi la presenza di depressione, valutata tramite il questionario BDI, è stata variabilmente associata al supporto emozionale (3), a misure autosomministrate di disabilità (sHAQ) (3), all'entità del coinvolgimento gastroenterico valutato attraverso apposite scale (6), al senso di coerenza (4), al dolore percepito (4) e ad una ridotta capacità lavorativa e sociale (4). Non sono altresì emerse associazioni fra depressione e indici obiettivi di severità di malattia comunemente utilizzati negli studi clinici (12).

Nel presente studio abbiamo verificato come anche in Italia un'alta percentuale di pazienti sclerodermici (33,4%) presenti sintomi depressivi classificabili come da lievi a severi (BDI \geq 17) (14). Così come negli studi precedentemente citati, an-

che nella nostra casistica non sono emerse associazioni significative fra BDI e indici di severità d'organo se non nell'analisi preliminare di tipo univariata. A differenza di quanto riportato da Rocca et al. (3) la presenza di depressione non sembra essere correlabile ai punteggi sHAQ o al supporto familiare, da noi valutato come precedentemente descritto.

Questa differenza potrebbe essere attribuibile alla diversa popolazione in esame e al diverso contesto socio-culturale di base o, in alternativa, alla metodica utilizzata. Similmente, nella nostra casistica non è stato possibile replicare il dato descritto da Nietert et al. (6) di un'associazione fra punteggio BDI e coinvolgimento gastroenterico.

Se dalla nostra analisi non è emersa alcuna associazione statisticamente significativa fra severità d'interessamento d'organo o cutaneo e BDI è risultato evidente come la gravità di malattia valutata tramite scale autosomministrate (VAS gravità) risulti l'unica determinante per la presenza di

Tabella IV - Paragone fra variabili in esame nei soggetti che hanno alterato il proprio comportamento sociale in ragione delle alterazioni fisiche dovute alla sclerodermia (alterazioni=si) e coloro che non lo hanno fatto (alterazioni=no). Non evidenziati indici di gravità secondo Medsger ($p=ns$ fra i due gruppi in tutte le categorie).

Variabile	Alterazioni=no (n=86)	Alterazioni=si (n=25)	Pu	Pm
Età, aa	58,3 ± 10,6	50 ± 12,3	0,001	0,001
Durata malattia, aa	0,69 ± 7,15	11,9 ± 7,9	ns	ns
BDI,	12,2 ± 8,23	18,3 ± 8,5	0,002	ns
dcSSc, n (%)	17 (19,8)	10 (40)	0,038*	ns
TSS	5,49 ± 4,83	8,16 ± 6,47	0,027	ns
sHAQ	0,553 ± 0,531	1,045 ± 6,807	0,007	ns
VAS Dolore	0,68 ± 0,76	1,04 ± 0,92	0,049	ns
VAS Gastro	0,37 ± 0,71	0,43 ± 0,62	ns	ns
VAS Raynaud	0,36 ± 0,57	1,04 ± 0,93	0,002	0,013
VAS Respiro	0,59 ± 0,83	1,12 ± 2,12	ns	ns
VAS Ulcere	0,34 ± 0,73	0,82 ± 0,82	0,005	ns
VAS Gravità	1,13 ± 0,86	1,76 ± 0,86	0,002	ns
Supporto familiare, n (%)	70 (81,4)	17 (68)	ns*	ns
FVC, % predetto	85,4 ± 22,4	76,1 ± 14,7	0,02	ns
DLco, % predetto	60,8 ± 21,9	61,1 ± 18,9	ns	ns
PAP, % predetto	28 ± 16,2	29,9 ± 14,5	ns	ns
Legenda: vedi tabella III				

depressione ($p=0,016$). L'analisi da noi condotta non consente di stabilire con certezza la direzionalità del rapporto esistente fra queste due variabili, ossia se il se il paziente che giudica la propria malattia come più severa tenda sviluppare depressione o se viceversa, il paziente depresso tenda a giudicare la propria malattia come più grave.

Questa ipotesi appare tuttavia meno probabile dal momento che i pazienti classificati come maggiormente depressi non presentano punteggi uniformemente più elevati nelle VAS rispetto ai pazienti non depressi - come ci si dovrebbe attendere nel caso di una sovrastima generalizzata da parte di soggetti più pessimisti -, ma solo in quelle scale che riguardano gli organi e apparati effettivamente interessati da malattia (dati non evidenziati).

Nella nostra casistica la VAS di gravità di malattia risulta pertanto essere un indice aspecifico di severità, fortemente influenzato dalla presenza di un coinvolgimento patologico (VAS) in un distretto piuttosto che un altro ad eccezione di quello ga-

stroenterico ($r>0.4$, $p<0.001$). La presenza di uno o più interessamenti severi nell'ambito delle VAS per il respiro, Raynaud, ulcere o dolore (definito per un determinato paziente come un valore della sua VAS per quel distretto maggiore della media delle VAS per quel distretto più una deviazione standard dalla media) si associa effettivamente ad un'alta probabilità ($\chi^2 = 20,01$, $p<0.001$) e rischio di depressione (OR = 6,7, CI₉₅ = 2,8 - 16).

In base ai nostri risultati sarebbe lecito aspettarsi valori di BDI più elevati nei soggetti con dcSSc, tale associazione è tuttavia evidente solo all'analisi univariata, ma non è confermata nell'analisi multivariata (Tab. II). Tale contraddizione è solo apparente in considerazione dell'elevata durata media di malattia (>10 anni) della popolazione in esame. Precedenti studi hanno infatti evidenziato come con il progredire del tempo nei pazienti con lcSSc il coinvolgimento viscerale aumenti e le differenze con i pazienti affetti dalla forma diffusa di malattia tendano a sfumare (1).

Nel nostro lavoro abbiamo inoltre osservato come le alterazioni estetiche conseguenti alla malattia influiscano sulla vita di relazione dei pazienti, con il 38% dei soggetti con sintomi depressivi e il 25% dei pazienti totali che riferisce di aver alterato i propri rapporti sociali a causa dei cambiamenti dell'aspetto fisico conseguenti alla SSc.

Tale riscontro è in linea con quanto emerso nell'indagine condotta da Paquette e Falanga (7), dove l'interessamento dei distretti centrali legato alla malattia risulti essere una frequente causa di preoccupazione per il paziente sclerodermico. In assenza di misure o scale oggettive per la valutazione dell'estetica individuale, intesa come 'bellezza esteriore/struttura armonica' (16), e di conseguenza della sua variazione nel tempo, nel presente lavoro abbiamo posto come surrogato e misura indiretta la domanda 'Il cambiamento del suo aspetto fisico ha alterato i suoi rapporti con le altre persone?'. Dall'analisi multivariata è emerso come l'età risulti il principale determinante per alterazioni dei rapporti sociali, indipendentemente dalla gravità di malattia ($p=0,001$). Questo risultato è ampiamente prevedibile in ragione delle maggiori esigenze estetiche e sociali nelle persone più giovani, specie di sesso femminile. Anche la gravità del fenomeno di Raynaud risulta essere importante nel determinare i rapporti sociali ($p=0,013$), forse in ragione di una ridotta abilità lavorativa, o in quanto epifenomeno evidente di malattia.

Poiché la domanda da noi posta non è una stima diretta e non consente di quantificare le alterazioni estetiche nel singolo paziente, le risposte ad essa sono state escluse dall'analisi logistica delle determinanti della depressione e non è pertanto possibile determinare il ruolo che le alterazioni fisiche rivestono in questo contesto. D'altra parte la BDI, essendo lo strumento di autovalutazione più specifico per la depressione, si caratterizza per un'impostazione di tipo dichiaratamente "cognitivistica" ed attribuisce un peso rilevante a sintomi quali il

pessimismo, la sfiducia, l'autoaccusa, a scapito dei sintomi d'ansia e di altri sintomi accessori, tra i quali si può annoverare anche la percezione disestetica (non assente nel depresso, ma quasi accessoria).

In conclusione, nel nostro studio è emerso come nei pazienti italiani affetti da SSc una elevata percentuale di soggetti presenti sintomi depressivi, per quanto di entità non marcata. Considerando specificità e sensibilità della BDI, nonché i rapporti esistenti tra valutazione con strumenti di screening e diagnosi di depressione nella medicina generale (17) è possibile affermare che nella popolazione osservata almeno cinque soggetti risultano affetti da una forma di depressione maggiore meritevole di intervento specialistico.

Le manifestazioni depressive sono correlate con la percezione individuale di gravità di malattia ed è emerso come i soggetti che giudicano come severo un qualsiasi aspetto della propria malattia, ad eccezione di quello gastroenterico, siano più a rischio di una deflessione dell'umore. Questo dato suggerisce l'esigenza di una attenta valutazione degli aspetti psicologici in coloro che riferiscono come particolarmente disturbante un qualsivoglia interessamento organico.

Infine, abbiamo evidenziato come i pazienti sclerodermici frequentemente modifichino i propri rapporti sociali in ragione delle alterazioni fisiche conseguenti alla malattia e come tale atteggiamento sia tanto più evidente e marcato nelle persone giovani e, possibilmente, in quelle depresse. Tale riscontro suggerisce la necessità di sviluppare degli indici e delle scale di valutazione oggettiva delle alterazioni estetiche legate alla malattia e delle conseguenze cognitive e affettive di tali alterazioni, al fine di individuare i soggetti a rischio per condotte di isolamento sociale e di fornire loro un adeguato ascolto da parte del curante e/o un eventuale supporto psicologico.

RIASSUNTO

Abbiamo determinato la prevalenza e le cause dei sintomi depressivi in 111 pazienti italiani con SSc. Sintomi depressivi sono presenti nel 33,4% dei soggetti; all'analisi multivariata la VAS per la gravità di malattia è risultata l'unica determinante per i punteggi BDI ($p=0,016$). Alterazioni nel comportamento sociale sono riportate nel 38% dei pazienti con sintomi depressivi ($p=0,006$) e sono più facilmente osservabili in pazienti più giovani ($p=0,001$) con un fenomeno di Raynaud più grave ($p=0,013$). Sintomi depressivi sono frequenti nei pazienti sclerodermici, specie in coloro che riferiscono una gravità di malattia maggiore; questi soggetti possono essere meritevoli di un supporto psicologico.

Key words - Sclerosi sistemica, depressione, BDI.

Parole chiave - Systemic sclerosis, depression, BDI.

BIBLIOGRAFIA

1. Silver RM. Clinical aspect of systemic Sclerosis (Scleroderma). *Ann Rheum Dis* 1991; 50: 854-61.
2. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 216-26.
3. Roca RP, Wigley FM, White B. Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 1035-40.
4. Matsuura E, Ohta A, Kanegae F, Haruda Y, Ushiyama O, Koarada S, et al. Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma. *J Rheumatol* 2003; 30: 1782-7.
5. Benrud-Larson LM, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Boling C, Reed J, White B, et al. The impact of pain and symptoms of depression in scleroderma. *Pain* 2002; 95: 267-75.
6. Nietert PJ, Mitchell HC, Bolster MB, Curran MY, Tilley BC, Silver RM. Correlates of depression, including overall and gastrointestinal functional status, among patients with systemic sclerosis. *J Rheumatol* 2005; 32: 51-7.
7. Paquette DL, Falanga V. Cutaneous concerns of scleroderma patients. *J Dermatol* 2003; 30: 438-43.
8. Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, McGuire L. Psychologic factors in scleroderma. *Rheum Dis Clin North Am* 2003; 29: 427-39.
9. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Subcommittee for Scleroderma Criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutics Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 581-90.
10. LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R, Jablonska S, Krieg T, Medsger TA Jr, et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. *J Rheumatol* 1988; 15: 202-5.
11. White B, Bauer EA, Goldsmith LA, Hochberg MC, Katz LM, Korn JH, et al. Guidelines for clinical trials in systemic sclerosis (scleroderma). I. Disease-modifying interventions. The American College of Rheumatology Committee on Design and Outcomes in Clinical Trials in Systemic Sclerosis. *Sem Arthritis Rheum* 1995; 38: 351-60.
12. Medsger TA Jr, Silman AJ, Steen VD, Black CM, Akesson A, Bacon PA, et al. A disease severity scale for systemic sclerosis development and testing. *J Rheumatol* 1999; 26: 2159-67.
13. Steen VD, Medsger TA Jr. The value of the health assessment questionnaire and special patient-generated scales to demonstrate change in systemic sclerosis patients over time. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1984-91.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
15. Zich JM, Attkisson CC, Greenfield TK. Screening for depression in primary care clinics: the CES-D and the BDI. *Int J Psychiatry Med* 1990; 20: 259-77.
16. Duro A. *Vocabolario della lingua italiana*. Roma. Istituto della Enciclopedia italiana fondata da Giovanni Treccani, 1987.
17. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR. Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 58-66.