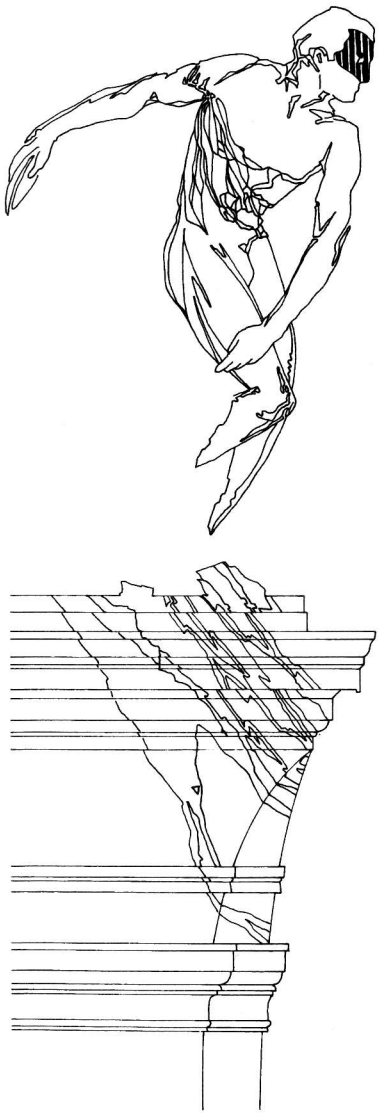
TRIMESTRALE DI PSICHIATRIA

Psichiatria e Psicoterapia



Maurizio Giuseppe Guarneri, Laura Nastri, Mario Aricò, Arianna Landi, Barbara Bonanno, Maria Ripalta Sergio, Daniele La Barbera

Psicosomatica e dermopatie: dati preliminari sulle correlazioni con alessitimia, meccanismi di difesa, personalità e qualità di vita

ESTRATTO dal Volume XXIX - Numero 2 - Giugno 2010

*Psichiatria e Psicoterapia (2010) **29**, 2, 113-128*

PSICOSOMATICA E DERMOPATIE: DATI PRELIMINARI SULLE CORRELAZIONI CON ALESSITIMIA, MECCANISMI DI DIFESA, PERSONALITÀ E QUALITÀ DI VITA

Maurizio Giuseppe Guarneri, Laura Nastri, Mario Aricò, Arianna Landi, Barbara Bonanno, Maria Ripalta Sergio, Daniele La Barbera

Introduzione

Numerosi studi epidemiologici e clinici consolidati, condotti sull'insorgenza e sulla storia clinica di alcune dermopatie, hanno mostrato coincidenze significative con stress emozionali e conflitti psichici, sostenendo l'ipotesi di uno stretto legame tra alterazioni cutanee e deficit nel processo di mentalizzazione (Savron et al. 2001, Sharma et al. 2001). Diverse evidenze cliniche sostengono l'ipotesi che le malattie cutanee, tra cui psoriasi e vitiligine, scatenate, aggravate e perpetuate da fattori psicoemozionali hanno un'eziologia multifattoriale, ad andamento cronico recidivante in cui le manifestazioni sono sottese da meccanismi immunitari (Orlandelli et al. 2002). Lo stress fisiologico sarebbe in grado di influenzare la risposta dei meccanismi dell'infiammazione e dell'immunità, attraverso i mediatori neuroendocrini dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Eventi emozionalmente rilevanti nei vissuti dei pazienti agiscono come potenti stressors a livello neuropsichico modificando la risposta immunitaria e favorendo l'insorgenza delle cosiddette "dermatosi psicosomatiche" (Pancheri 1984). Le modificazioni neurovegetative, neuroendocrine ed immunologiche della risposta allo stress, sembrano dipendere dall'impatto emozionale suscitato, dal tipo di personalità, dal coping style, dalla qualità delle relazioni interpersonali e dal tipo di sostegno sociale (Biondi e Marino 1999).

Nel caso di patologie dermatologiche come la psoriasi o la vitiligine, secondo una prospettiva psicodinamica, si suppone che il problema sia nell'*intus*, nella profondità, dove l'oggetto interno del carattere psicosomatico è "opacizzato, negato, svuotato di senso apparente. Il suo inconscio è chiuso con il lucchetto, isolato e scontroso" (Bergeret 1996).

Engel sosteneva che non c'è cosa più profonda della superficie del nostro corpo; basti pensare che il sistema nervoso centrale e la pelle hanno la stessa origine embriologica: nascono dall'ectoderma (Engel 1977). La cute trasmette al cervello le informazioni che provengono dal mondo esterno, ma essendo la sede preferenziale di mutamenti somatici (pallore, rossore, piloerezione, parestesie, iperidrosi, prurito etc.) *ex emotione*, è anche la tela su cui "graficamente" si manifestano messaggi che dal cervello traggono la loro origine. E. Panconesi, noto dermatologo che ha dedicato la sua lunga carriera anche all'approfondimento dei complessi rapporti tra "psiche e pelle", afferma che l'acme del "desiderabile" è dato dal ricongiungimento dei due fratelli ectodermici, *brain and skin*, cervello e pelle, da cui scaturiscono tutte quelle sensazioni date dal contatto della propria con l'altrui pelle (Panconesi 1988). Appare quindi chiara l'importanza della pelle nelle prime relazioni oggettuali, "in quella preistoria in cui le parole sono meno importanti delle percezioni olfattive, tattili, visive e acustiche, per cogliere finalmente il legame tra sofferenza, angoscia e godimento" (McDougall 1989).

Joseph Klauder sosteneva: "La psiche esercita maggiore influenza sulla pelle che su ogni altro organo (...) La pelle è l'organo dove più si rilevano le emozioni" (Klauder 1935). Più recentemente afferma Anzieu: "La profondità dell'alterazione della pelle è proporzionale alla profondità dell'attacco psichico" ovvero ci potrebbe essere una correlazione più o meno significativa tra

Sottomesso Dicembre 2009, accettato Giugno 2010

"l'importanza qualitativa e quantitativa delle faglie dell'Io-pelle e la gravità dell'alterazione della pelle, che può anche essere misurata dalla resistenza crescente offerta dal malato ai trattamenti chemioterapici e/o psicoterapeutici" (Anzieu 1985).

Secondo la McDougall: "I sintomi psicosomatici sono un tentativo di uscire da un conflitto doloroso che sorpassa le nostre normali capacità di elaborazione mentale... un conflitto per il quale non si trovano le parole con le quali poterlo esprimere" (McDougall 1989). È evidente il riferimento al costrutto dell'alessitimia proposto originariamente da Sifneos e che "ha avuto particolamente fortuna in ambito dermatologico" (Biondi e Pancheri 1998, Sifneos 1973). Una recentissima review ha evidenziato, in soggetti affetti da alopecia areata, dermatite atopica, orticaria cronica, psoriasi e vitiligine, una correlazione del tratto alessitimico non solo con disturbate esperienze precoci e stile di attaccamento insicuro, ma anche con il sistema psiconeuroendocrinoimmunologico attraverso variazioni dell'attività simpatica, del sistema immunitario e dell'attività cerebrale (Picardi 2008, Willemsen et al. 2008).

Nel nostro lavoro ci proponiamo di indagare questi aspetti e nella fattispecie il tratto alessitimico, i meccanismi di difesa, la personalità, nonchè fattori socio-ambientali di soggetti affetti da psoriasi e vitiligine, dermatosi a verosimile eziopatogenesi "psicosomatica", all'interno di un modello che guarda al disturbo in un'ottica multidimensionale.

Metodologia

Sono stati reclutati 50 pazienti consecutivi affetti da psoriasi o vitiligine, ricoverati in regime ordinario, di Day-Hospital o seguiti ambulatorialmente presso l'U.O.C. di Dermatologia e Malattie sessualmente trasmesse dell'A.O.U.P. "P. Giaccone" di Palermo. Il gruppo di controllo è costituito da 50 soggetti con anamnesi negativa per qualsiasi patologia dermatologica, matched 1:1 per genere e per età +/- 2 aa. Sono stati esclusi pazienti con grave ritardo mentale, malati terminali, individui con sordità e/o cecità totale o afasia.

Il reclutamento è stato effettuato durante un periodo di 13 mesi (da Ottobre 2007 a Ottobre 2008). La popolazione studiata è costituita da 100 pazienti (N = 100), ovvero 50 casi (N1 = 50) e 50 controlli (N2 = 50). Il gruppo dei casi N1 è suddiviso in due sottogruppi: N1a, costituito da 21 soggetti affetti da psoriasi ed N1b, costituito da 29 soggetti affetti da vitiligine.

Lo studio ha richiesto la compilazione di schede anamnestico-cliniche e la somministrazione dei seguenti test: Defense Mechanisms Inventory (DMI), Eysenck Personality Questionnaire – Riveduto – Forma ridotta (EPQ-R-Forma ridotta), IVE – Questionario Impulsività, Questionario sullo stato di salute (SF-36) e Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Il **Defense Mechanisms Inventory** (DMI, Ihilevich e Gleser 1986) è uno strumento standardizzato che consente di valutare i meccanismi di difesa. Essi sono classificati secondo cinque stili difensivi:

- TAO (*Turning Against Object*): in esso sono compresi meccanismi di difesa che, se adottati in modo esasperato, rigido, cronico, precludono il coinvolgimento e la relazione con il mondo circostante, l'intimità e la dipendenza matura. Gli individui che utilizzano prevalentemente questo stile difensivo non sanno valutare le conseguenze delle loro azioni e le ragioni o i sentimenti degli altri. Essi presentano una coloritura affettiva improntata al risentimento, alla rabbia e alla vendetta che sottende ad atteggiamenti burberi e modalità relazionali scontrose. Lo scopo di tale stile difensivo è di dominare le minacce esterne e di nascondere conflitti interni che sarebbero troppo dolorosi se fossero vissuti a livello conscio, creando un'illusoria sensazione di potere, di dominio, di forza e di controllo.
- PRO (*Projection)*: questo stile difensivo prevede l'attribuzione agli altri di proprie caratteri-

stiche difensive non accettabili. La coloritura affettiva si caratterizza per la presenza di sentimenti quali il disprezzo e il risentimento. Analogamente alla percezione del mondo come ostile e minaccioso, il pensiero, l'impulso e il comportamento saranno improntati all'ostilità e alla diffidenza. L'effetto suscitato è triplice: liberazione di caratteristiche proprie inaccettabili; collocazione di esse all'esterno di sé e, pertanto, possibilità di dominarle; creazione di una giustificazione per i propri comportamenti.

- PRN (*Principalization)*: comprende uno stile difensivo più maturo attraverso cui è possibile sganciare gli aspetti emotivi da quelli cognitivi e padroneggiare meglio questi ultimi esercitando un controllo intellettuale. Sono individui che tollerano le frustrazioni, le difficoltà o le sconfitte, rassegnandosi anche agli eventi più negativi.
- TAS (*Turning Against Self)*: coincide con uno stile difensivo di tipo intrapunitivo. Ha lo scopo di ridurre le minacce a livello della propria autostima prefigurando il peggio e falsificando la realtà. Sia la valutazione del presente che la rappresentazione del futuro sono distorte. La qualità affettiva è segnata dalla vergogna e dalla disperazione, connesse alla scarsa stima di sé. La valutazione delle situazioni è inquinata da un atteggiamento ideo-comportamentale di auto-accusa.
- REV (*Reversal)*: in esso sono compresi gli stili difensivi che minimizzano la gravità delle minacce interne ed esterne impedendone la corretta valutazione. La realtà viene distorta e le parti intollerabili di essa vengono negate o ridimensionate o ignorate. Sono solitamente soggetti pacati, garbati, disponibili e ottimisti.

Per valutare i meccanismi di difesa prevalenti o abituali, il test propone 12 storie, per ognuna delle quali esistono quattro livelli di indagine: comportamenti manifesti, fantasie, pensieri ed emozioni.

L'Eysenck Personality Questionnaire – Riveduto – Forma ridotta (EPQ-R-Forma ridotta, Eysenck e Eysenck 1991), è un questionario di 48 item dicotomici a risposta SI-NO, suddivisi in quattro scale: Psicoticismo, Estroversione, Nevroticismo e Lie (menzogna). Le prime tre, secondo il costrutto teorico di Eysenck, rappresentano le tre fondamentali dimensioni della personalità, la quarta (scala Lie) è invece una scala di controllo finalizzata a valutare il tentativo di mentire da parte dei soggetti, presentando un distorto profilo di se stessi.

Il soggetto estroverso è socievole, loquace, non ama la solitudine, ricerca molti stimoli, coglie tutte le occasioni che gli si presentano, ama le novità e i cambiamenti, è spensierato, disinvolto, ottimista, preferisce tenersi in movimento e fare molte cose, è generalmente un tipo impulsivo, non tiene sotto stretto controllo i suoi sentimenti e tende ad essere aggressivo.

La tipica persona che ottiene un alto punteggio nella scala Nevroticismo è ansiosa, preoccupata per sé stessa, lunatica e spesso depressa, presenta disturbi del ritmo sonno-veglia e soffre di diversi disturbi psicosomatici, è molto emotiva e le sue reazioni emozionali abnormi interferiscono con la sua capacità di adattamento, facendola reagire in maniera irrazionale e, qualche volta, rigida.

Un soggetto con alto punteggio nella scala Psicoticismo può essere descritto come solitario, distaccato, con scarsa capacità di adattamento, incurante del pericolo, privo di sentimenti ed empatia, insensibile, ostile ed aggressivo, anche con coloro che ama e senza provare senso di colpa.

È importante sottolineare come questi termini "psicoticismo" e "nevroticismo" non abbiano alcuna connotazione patologica, ma indichino variabili di personalità sottostanti comportamenti "normali". L'uso di tali scale risulta appropriato per campioni della popolazione normale, non patologica. Solo nel caso della dimensione nevroticismo abbiamo a che fare con variabili di personalità sottostanti i comportamenti, i quali assumono, nei casi estremi, una connotazione patologica.

L'**IVE – Questionario Impulsività** (Eysenck e Eysenck 1991) è un questionario di 54 item dicotomici a risposta SI-NO, suddivisi in tre scale: Impulsività, Audacia, Empatia. Si potrebbero definire gli individui impulsivi come coloro che non si curano e non valutano minimamente le conseguenze delle loro azioni, mentre le persone audaci come persone che hanno un comportamento rischioso, riconoscendo però la componente di rischio che tale azione comporta. La variabile Empatia in un primo tempo doveva essere un insieme di item tampone (*buffer*) ma, in seguito è diventata una scala a sé stante (Mehrabian e Epstein 1972). Si tratta del fattore di più difficile interpretazione. La maggior parte degli item che lo definiscono raggiungono una saturazione accettabile, mentre alcuni item, connessi soprattutto al condizionamento emotivo e appartenenti alle sottoscale originarie di *suscettibilità al contagio emotivo* e *sensibilità alle emozioni* di Mehrabian e Epstein, risultano problematici. È consigliabile, dunque, cautela nell'interpretazione di questa scala. In linea generale, si può affermare che la variabile Impulsività correla positivamente con la scala Psicoticismo, la variabile Audacia correla positivamente con la scala Estroversione, la variabile Empatia correla positivamente con la scala Nevroticismo e negativamente con la scala Psicoticismo.

Lo Short Form-36 Health Survey **Questionario sullo stato di salute (SF-36**, Ware e Sherbourne 1992) è uno strumento che permette di valutare i concetti di salute fisica e mentale, determinando il livello di attività e la sensazione di benessere. Attraverso 36 domande a risposta multipla, i dati vengono aggregati in 8 scale che indagano: attività fisica, ruolo e salute fisica, dolore fisico, salute in generale, vitalità, attività sociali, ruolo e stato emotivo, salute mentale. Le scale possono anche essere aggregate per dare origine a due indici sintetici: quello di *salute mentale* e quello di *salute fisica*. Va rilevato che si tratta di uno strumento completo che misura tutti i domini fondamentali per la definizione di Qualità di vita e che può essere somministrato a qualsiasi tipo di popolazione indipendentemente dalle condizioni cliniche, dall'età e dal genere sessuale.

La **Toronto Alexithymia Scale (TAS-20**, Bagby et al. 1994) è attualmente lo strumento più usato di misurazione dell'alessitimia. Si tratta di un questionario di autovalutazione a 20 item, basato su una scala Likert a 5 punti, dove al soggetto viene chiesto di fornire una risposta su quanto è in accordo o in disaccordo con ciascuna affermazione del questionario. Nella valutazione dei dati, oltre a informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alessitimia: difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1), difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (F2), pensiero "operatorio", cioè orientato all'esterno (F3). In base al punteggio ottenuto, che può variare tra un minimo di 20 e un massimo di 100, si distinguono soggetti "non alessitimici" (punteggio < 51), "borderline" (punteggio compreso tra 51 e 60), "alessitimici" (punteggio = 61).

Sono state consultate le cartelle cliniche al fine di ottenere informazioni relative al tipo di dermopatia e all'eventuale presenza di patologie concomitanti ed alla terapia praticata. È stata, inoltre, compilata una scheda anamnestica relativa a dati socio-ambientali e all'eventuale familiarità per patologie dermatologiche.

Elaborazione statistica dei dati

Le informazioni acquisite sono state di carattere qualitativo e quantitativo. In primo luogo, è stata effettuata un'accurata disamina descrittiva dei dati clinici e là dove possibile sono state applicate tecniche parametriche e non-parametriche. Successivamente è stata effettuata un'analisi descrittiva dei dati forniti dai test e, quindi, un'analisi comparata dei profili ottenuti nei due

gruppi (casi vs controlli) e nei due sottogruppi (psoriasi vs vitiligine). Per valutare la validità del confronto delle medie degli andamenti dei test dei due gruppi è stato usato il t-test. Un valore di $p<0,05$ è stato considerato statisticamente significativo. Inoltre, è stato calcolato il coefficiente r di Pearson per valutare l'eventuale correlazione tra le variabili considerate.

Risultati

Il gruppo dei casi (N1) è costituito da 50 soggetti (18 uomini e 32 donne) che hanno ricevuto una diagnosi di psoriasi o vitiligine. Tale gruppo è stato suddiviso in due sottogruppi: N1a, costituito da 21 soggetti (42%) affetti da psoriasi (8 uomini e 13 donne) ed N1b, costituito da 29 soggetti (58%) affetti da vitiligine (10 uomini e 19 donne). Sono stati registrati ben 19 drop-out: 12 soggetti affetti da psoriasi (7 uomini e 5 donne) e 7 soggetti affetti da vitiligine (4 uomini e 3 donne). Si tratta di individui che, avendo inizialmente dato la propria disponibilità a partecipare allo studio, non hanno poi portato a termine la somministrazione dei test previsti.

Il gruppo dei controlli (N2) è costituito da 50 soggetti non affetti da alcuna patologia dermatologica, matched 1:1 per genere e per età +/- 2 aa.

Abbiamo confrontato i due gruppi (casi e controlli) e i due sottogruppi (soggetti affetti da psoriasi e vitiligine), prendendo in considerazione variabili qualitative e quantitative: i dati anagrafici e socio-ambientali, i profili DMI, i punteggi totalizzati ai test somministrati.

La **tabella 1** mostra le principali caratteristiche demografiche della popolazione in studio. Il livello di istruzione è significativamente superiore nel gruppo dei controlli; infatti tra i casi è stata registrata una percentuale significativamente superiore, rispetto ai controlli, di soggetti che hanno conseguito unicamente la licenza elementare ($p < 0,05$) e la licenza media ($p < 0,05$).

La variabile "occupazione" è stata suddivisa in 6 categorie: Pensionati, Disoccupati, Casalinghe, Studenti, Impiegati ed Autonomi. Dal confronto tra i casi e i controlli sono emerse due differenze statisticamente significative ($p < 0,05$). Nel gruppo dei casi la categoria delle casalinghe è molto più rappresentata rispetto ai controlli (40% vs 6%). Parimenti, nel gruppo dei controlli la categoria degli studenti è significativamente superiore rispetto ai casi (12% vs 6%).

Tabella 1. *Caratteristiche demografiche dei pazienti e dei controlli*

CARATTERISTICHE GENERALI	PAZIENTI	CONTROLLI
Soggetti n.	50	50
Sesso (M/F)	18/32	18/32
Età (anni)	42,6 ± 13,20	42,46 ± 12,91
Attività lavorativa		
impiegato	19 (38%)	25 (50%)
autonoma	3 (6%)	9 (18%)
casalinga	20 (40%)	3 (6%)
pensionato	5 (10%)	4 (8%)
studente	3 (6%)	6 (12%)
disoccupato	0	3 (6%)

Lo stato civile e la composizione del nucleo familiare non mostrano nessuna correlazione statisticamente significativa.

È stata indagata la percezione della propria situazione socio-economica, potendo scegliere tra 5 possibilità: scadente, sufficiente, media, buona e ottima. La maggioranza dei casi ritiene di avere una scadente-sufficiente situazione socio-economica, a differenza dei controlli che invece sembrano avere una percezione medio-buona.

Sono state prese in considerazione le ore medie di sonno e le ore medie di lavoro, ma non si evidenziano sostanziali differenze tra i due gruppi.

Abbiamo indagato l'eventuale presenza di problemi personali. I soggetti hanno riferito quasi esclusivamente problemi di natura familiare e/o lavorativa. Problemi familiari sono maggiormente presenti nel gruppo dei casi (15 soggetti) rispetto ai controlli (8 soggetti), anche se il dato non è statisticamente significativo (30% vs 16%)

Un'anamnesi patologica prossima e/o remota positiva per qualunque altra malattia risulta significativamente più rappresentata nel gruppo dei casi rispetto ai controlli. È stata inoltre valutata, nel gruppo dei casi, la familiarità con un solo o più parenti di I o II grado, affetti dalla stessa patologia. Il 49% dei soggetti con vitiligine (14 pazienti) e il 33% dei pazienti affetti da psoriasi (7 soggetti) presentano una familiarità positiva.

Prima di confrontare i profili ottenuti nel Defense Mechanisms Inventory (DMI), occorre ricordare che questo è un test che descrive le modalità difensive del soggetto, le quali assumono significatività clinica soltanto se il profilo supera il cut-off (differente per ogni scala). I profili DMI descrivono l'organizzazione difensiva di ciascun individuo indipendentemente dalla significatività clinica. Ciò è utile da precisare perché i soggetti reclutati in questo studio non hanno un disagio psichico clinicamente rilevante. Il confronto dei profili tra il gruppo dei casi e quello dei controlli e tra il sottogruppo dei soggetti affetti da psoriasi e quelli affetti da vitiligine non evidenzia differenze statisticamente significative (vedi **figura 1**).

Figura 1. *Profilo DMI: casi vs controlli*

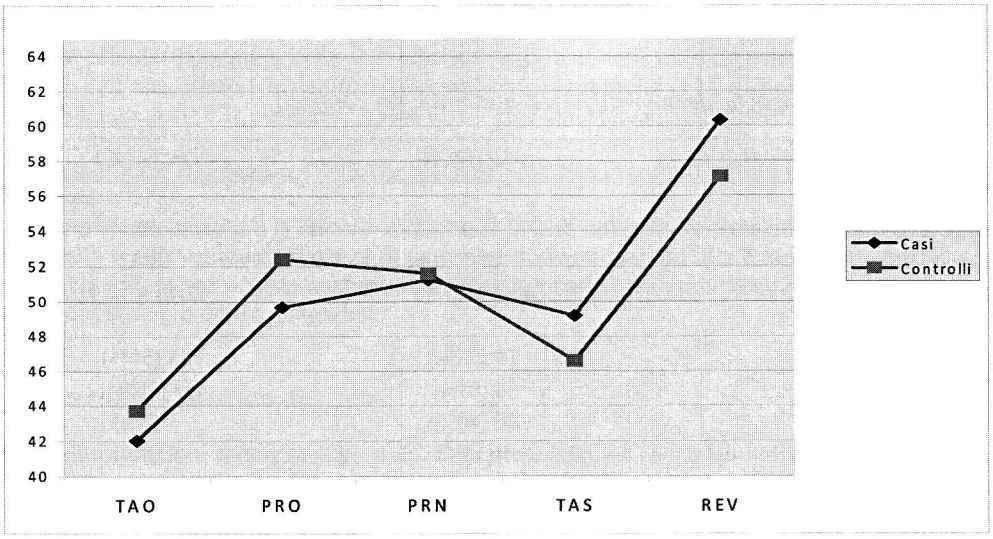
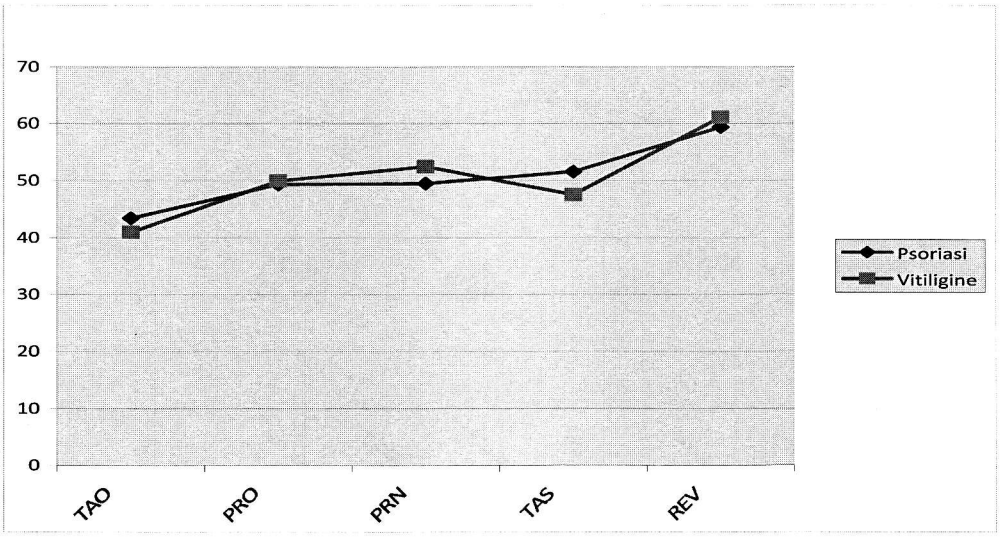


Figura 2. *DMI: Psoriasi vs Vitiligo*



Dall'analisi del grafico emerge che, per quanto sovrapponibili, i due profili si discostano essenzialmente nelle scale TAS e REV (più alte nei casi) e nella scala PRO (superiore nei controlli). Minore differenza si evidenzia nelle scale TAO e PRN (più rappresentate nei controlli). Ciò sarebbe indicativo dell'uso di modalità difensive più mature nel gruppo dei controlli.

Dal confronto dei profili DMI dei soggetti affetti da psoriasi vs quelli affetti da vitiligine, emergono alcuni dati interessanti (vedi **figura 2**).

Mentre la TAS, lo stile intrapunitivo, è più rappresentata tra gli psoriasici, emerge chiaramente come i soggetti affetti da vitiligine, rispetto a quelli affetti da psoriasi, utilizzino stili difensivi apparentemente più maturi come PRN. Sappiamo però che, se da una parte PRN dovrebbe misurare i processi di intellettualizzazione che consentono di gestire l'ansia attraverso l'illusione di un controllo razionale, dall'altra, sebbene correli positivamente con età e scolarità, non correla con la maturità cognitiva ma con l'uso di difese di basso livello come regressione e diniego.

Dall'analisi dei profili di personalità indagati mediante l'Eysenck Personality Questionnaire – Riveduto – Forma ridotta (EPQ-R-Forma ridotta) e l'IVE – Questionario Impulsività, sono risultati più elevati in maniera statisticamente significativa i livelli di nevroticismo (p=0,02) e di empatia (p=0,004) nel gruppo dei casi e i livelli di estroversione (p=0,005) nel gruppo dei controlli (**figura 3**).

Un'ulteriore differenza statisticamente significativa è emersa dal confronto dei Profili Eysenck tra i soggetti affetti da psoriasi e quelli affetti da vitiligine (**figura 4**). Questi ultimi hanno infatti totalizzato un punteggio superiore (p=0,02) nella scala Audacia, rispetto ai soggetti affetti da psoriasi.

Figura 3. *Profili Eysenck Casi vs Controlli*

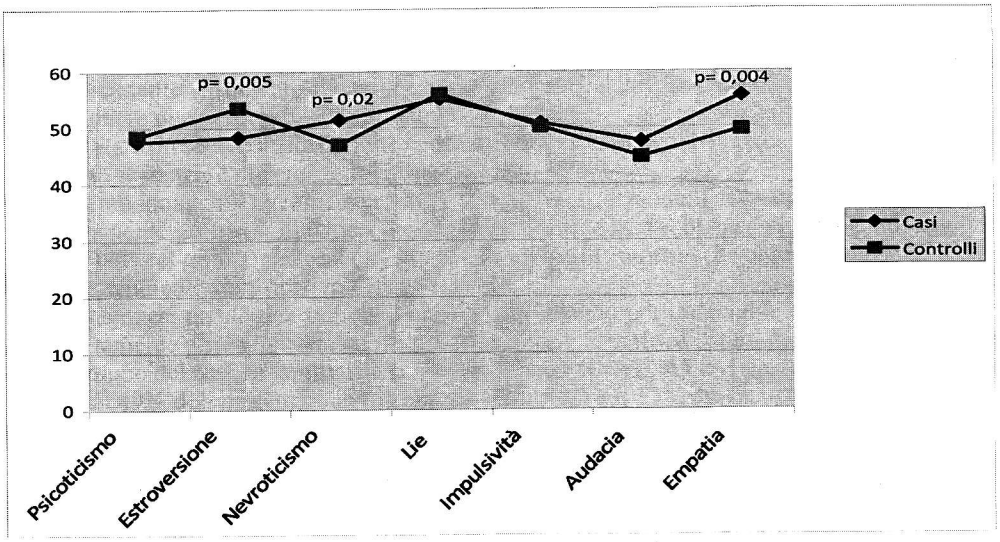


Figura 4. *Profili Eysenck: Psoriasi vs Vitiligine*

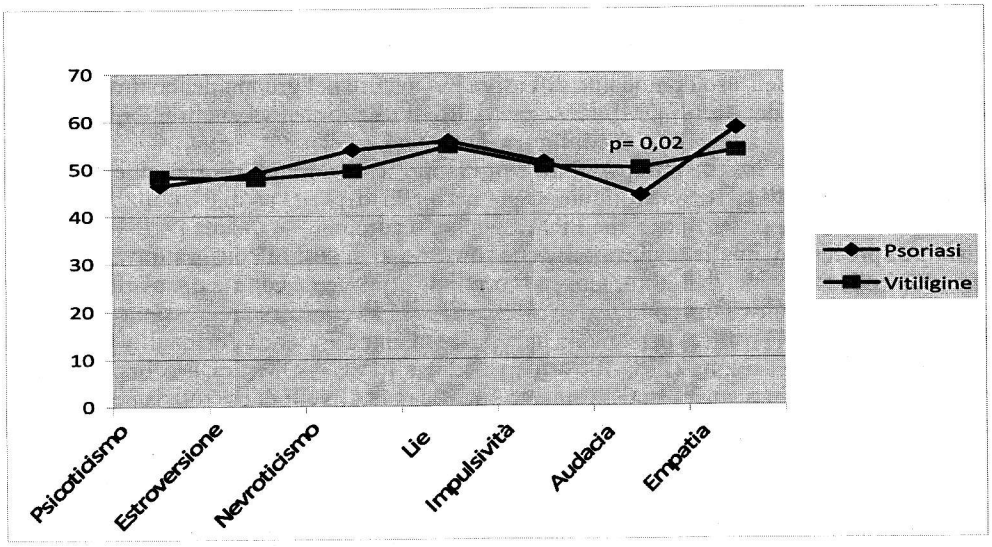
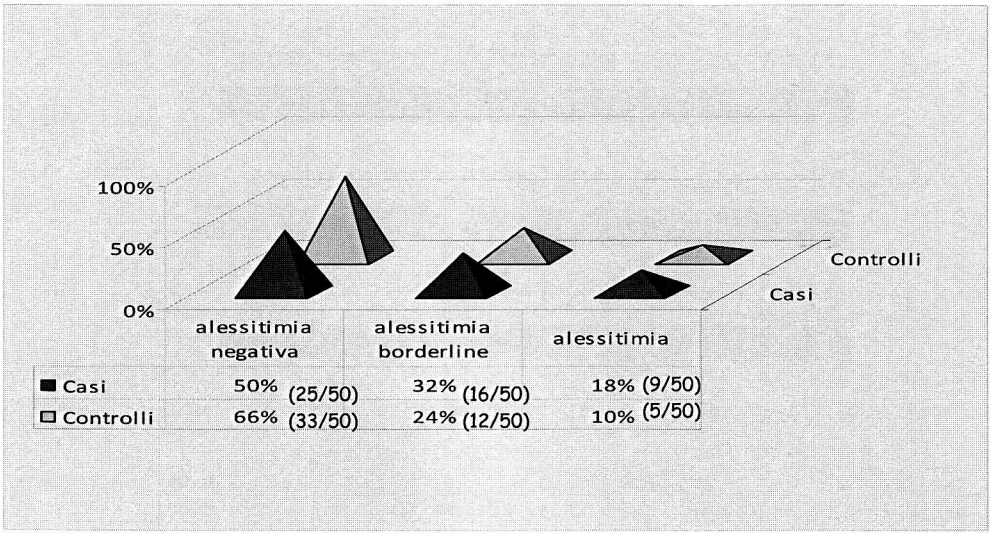


Figura 5. *Alessitimia: Casi vs Controlli*



Dal confronto del punteggio totale medio totalizzato alla TAS-20 è emersa una differenza statisticamente significativa tra i casi ed i controlli, che hanno totalizzato rispettivamente uno score di 51,38 e di 47,34. Nel gruppo dei pazienti dermatologici, dunque, il punteggio è significativamente superiore ($p=0,04$) rispetto ai soggetti sani, denotando un livello più elevato di alessitimia.

La **figura 5** mostra graficamente la distribuzione, tra i casi ed i controlli, di soggetti non alessitimici, borderline ed alessitimici, in base al punteggio ottenuto alla TAS 20.

Più dettagliatamente, confrontando gli indici F1, F2 ed F3 della TAS-20 nel gruppo dei casi e in quello dei controlli, emerge che la difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1) è in maniera statisticamente significativa più rappresentata nel gruppo dei pazienti ($p<0,01$). Dal confronto dei soggetti affetti da psoriasi e di quelli affetti da vitiligine non sono emerse differenze statisticamente significative del livello di alessitimia; tuttavia, i pazienti con vitiligine hanno totalizzato, rispetto agli psoriasici, punteggi tendenzialmente superiori di alessitimia negativa ed inferiori di alessitimia borderline ed alessitimia franca (vedi **figura 7**). Inoltre, dalla distribuzione dei fattori F1, F2 ed F3 della TAS-20 nei due sottogruppi emerge che i soggetti affetti da psoriasi hanno una maggiore tendenza ad un pensiero operatorio (F3) ed una maggiore difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1) e nel comunicarli agli altri (F2).

Dal confronto dei punteggi ottenuti al test SF-36 tra il gruppo dei casi e quello dei controlli emerge che i pazienti dermatologici hanno ottenuto punteggi superiori, sia relativamente agli indici Salute Fisica e Salute Mentale, sia allo score totale, anche se la differenza non è statisticamente significativa (vedi **figura 8**).

Dopo il confronto dei risultati dei test somministrati tra il gruppo dei casi e quello dei controlli e tra i sottogruppi dei pazienti affetti da psoriasi e quelli affetti da vitiligine, sono state quindi valutate le eventuali correlazioni tra i profili emersi dai test stessi.

Figura 6. *F1, F2, F3 della TAS-20: Casi vs Controlli*

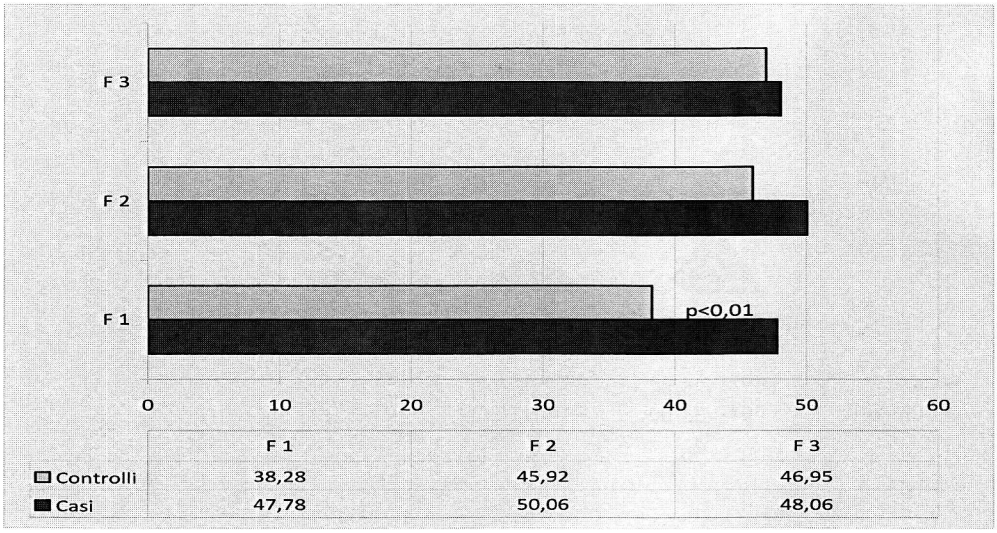


Figura 7. *Alessitimia: Psoriasi vs Vitiligine*

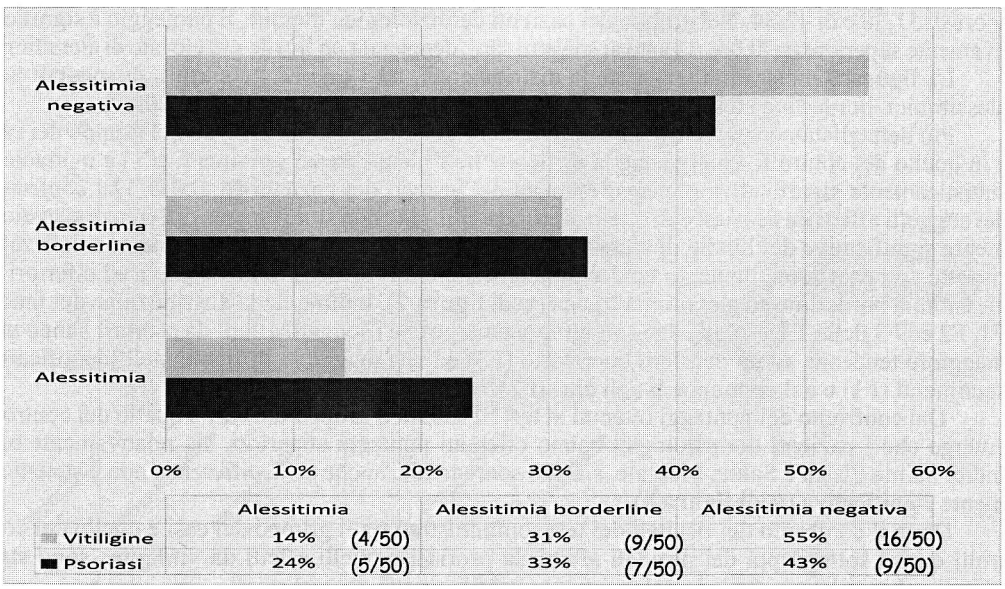
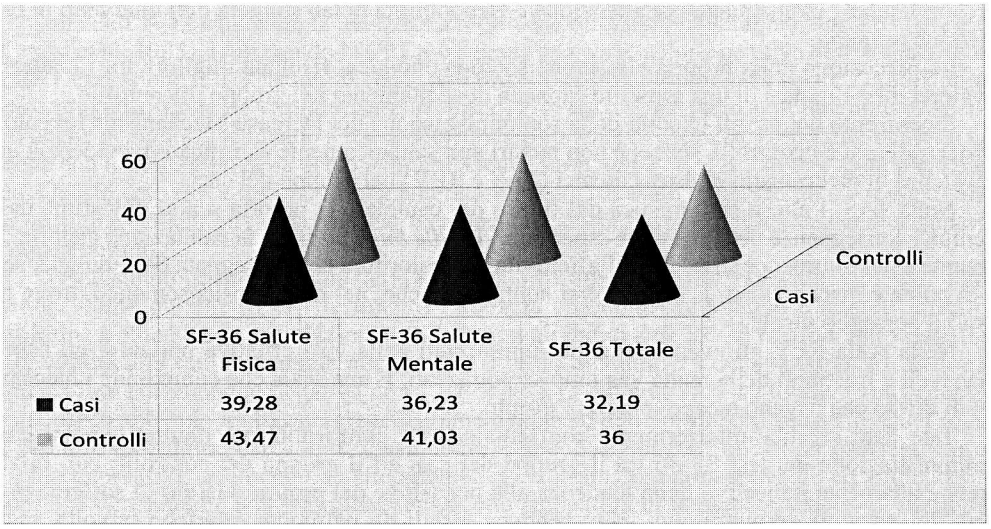


Figura 8. *SF-36: Casi vs Controlli*



Nel gruppo dei casi il nevroticismo si correla positivamente con l'F1 (r=0,416; p=0,05) e l'F2 della TAS-20 (r=0,470; p= 0,05) e con la TAS-20 totale (r=0,381; p=0,05). Al contrario, emerge una correlazione negativa con gli indici dell'SF-36 relativi alla salute mentale (r=-0,331; p=0,01), alla salute generale (r=-0,404; p=0,05), alle attività sociali (r=-0,367; p= 0,05) e con l'indice PRN (r=-0,329; p=0,01) del DMI.

Sempre nel gruppo dei casi la scala Attività sociali dell'SF-36 si correla positivamente con la sensazione soggettiva di salute fisica (r=0,454, p=0,05), di benessere mentale (r=0,545; p=0,05), con la situazione economica (r=0,317; p=0,01) ed il titolo di studio (r=0,372; p=0,05), mentre è negativa la correlazione con l'F1 della TAS-20 (r=-0,351; p= 0,01), con la TAS-20 Totale (r=-0,387; p=0,05) e con l'età (r=-0,302; p= 0,01).

Tra i soggetti affetti da vitiligine l'audacia si correla positivamente con gli indici dell'SF-36 relativi alla salute fisica (r=0,399; p=0,05), alla vitalità (r=0,314; p= 0,01), alla salute generale (r=0,356; p=0,01), nonché con il titolo di studio (r=0,386; p=0,05) e l'occupazione (r=0,346; p=0,01). Al contrario è emersa una correlazione negativa con l'F2 (r= -0,304; p= 0,01) della TAS-20 e la TAS-20 totale (r=-0,299; p=0,01).

Conclusioni

Questa indagine ha fornito interessanti risultati inerenti all'influenza svolta dai fattori socio-ambientali e personologici sulla patogenesi di alcune dermopatie quali la psoriasi e la vitiligine. Nonostante l'esiguità del campione induca a valutare con le dovute riserve i dati ottenuti, sembra interessante commentare alcuni degli aspetti emersi dalla presente ricerca che potrebbe prospettarsi come studio pilota.

Tra i fattori socio-ambientali abbiamo riscontrato una correlazione statisticamente significativa con il livello d'istruzione, risultato superiore nel gruppo di controllo. Tale dato deporrebbe verosimilmente per una maggiore attenzione e disponibilità di tali soggetti agli interventi di prevenzione primaria.

La percezione della propria situazione socio-economica, risultata migliore tra i controlli, avvalorerebbe l'ipotesi di una migliore capacità di adattamento nel gruppo di controllo.

Il confronto dei profili ottenuti dalla somministrazione del Defense Mechanisms Inventory (DMI) tra i casi e i controlli, sebbene non mostri dati statisticamente significativi, evidenzia una prevalenza di meccanismi di difesa arcaici (TAS e REV) nel gruppo dei casi.

Nella TAS, l'attesa pessimistica dal futuro per cautelare la propria scarsa autostima dalle eventuali conseguenze negative delle esperienze, lo *stile intrapunitivo*, la valutazione distorta del presente e del futuro, conferiscono all'affettività una coloritura contrassegnata da vergogna, senso di colpa e disperazione. È il rivolgersi contro il sé che, nel malato psicosomatico, trova nel corpo il bersaglio ideale.

Nella scala REV gli eventi vengono minimizzati nella loro effettiva portata e gli aspetti spiacevoli e frustranti della realtà vengono scotomizzati. È una scala che comprende i meccanismi di difesa che negano o capovolgono l'evento.

Tale dato sarebbe ulteriormente confermato dalla conformità dei risultati emersi dalla somministrazione del test SF-36 tra il gruppo dei casi ed il gruppo dei controlli; ciò, infatti, sarebbe altamente indicativo della tendenza alla negazione del proprio vissuto di sofferenza da parte dei pazienti dermatologici, che, sebbene affetti da patologie croniche talvolta anche invalidanti, simulerebbero una sensazione soggettiva di benessere fisico, di vitalità e di cenestesi generale.

La disamina dei profili emersi all'Eysenck Personality Questionnaire – Riveduto – Forma ridotta (EPQ-R-Forma ridotta) e all'IVE–Questionario Impulsività ha mostrato nel gruppo dei casi una tendenza al Nevroticismo ed all'Empatia mentre nel gruppo dei controlli è più rappresentata l'Estroversione. Il soggetto con alto *Nevroticismo* é ansioso, preoccupato per se stesso e spesso depresso; soffre frequentemente di alterazioni del ritmo sonno-veglia e di diversi disturbi psicosomatici; le sue reazioni emozionali abnormi interferiscono con la sua capacità di adattamento. La caratteristica principale del soggetto con un alto Nevroticismo è una costante preoccupazione circa possibili imprevisti, a cui si accompagna in genere un'intensa reazione emotiva di ansia.

La correlazione positiva del Nevroticismo con la scala Empatia può sembrare di difficile interpretazione, ma può acquisire un senso se consideriamo che, in alcuni studi volti alla validazione dell'IVE l'Empatia si associava, oltre al Nevroticismo, anche all'Evitamento del pericolo e alla Dipendenza dal Rinforzo positivo, tratti che concordano con il soggetto ansioso e preoccupato descritto.

I casi, inoltre, rispetto ai controlli hanno totalizzato un punteggio significativamente inferiore nella scala dell'Estroversione, aspetto quest'ultimo concorde con un atteggiamento di chiusura, riservatezza, tendenza all'isolamento, scarso interesse alle relazioni interpersonali.

Bassi e Lazzarini, a tale proposito, analizzando le storie di vita dei pazienti, hanno evidenziato " la fuga nella malattia che molti psoriasici realizzano in momenti difficili del loro vissuto, allontanandosi, specialmente tramite l'ospedalizzazione, dalla problematica concreta della vita e soprattutto dallo stridore dei rapporti interpersonali" (Bassi e Lazzarini 1974).

Dal confronto tra i due sottogruppi (psoriasi vs vitiligine) è emerso un punteggio superiore ($p=0,02$) nella scala Audacia dell'IVE–Questionario Impulsività, nei soggetti affetti vitiligine rispetto a quelli affetti da psoriasi. Ricordiamo che l'Audacia (positivamente correlata alla dimensione Estroversione), rappresenterebbe la tendenza reale ad affrontare pericoli, riconoscendo

la componente di rischio che tale tendenza comporta. Questo dato può essere chiarito dalla Courtald Emotional Control Scale (CECS) di Watson e Greer, strumento scelto per testare la validità convergente dell'IVE, valutando la tendenza a reprimere emozioni quali rabbia, ansia e depressione (Grassi et al. 1985). Utilizzando la CECS è emersa una correlazione positiva dell'Audacia con la scala Depressione (r di Pearson=0,1848; p=0,05) che misura l'attitudine a celare l'umore depresso. Il soggetto affetto da vitiligine sarebbe disposto al rischio, desideroso di fare nuove esperienze, anche pericolose, tendendo a nascondere maggiormente la tristezza. L'apparire depressi urterebbe con lo stereotipo della persona indipendente, forte, impavida che emerge dalla scala Audacia. Questo dato trova riscontro nella letteratura: infatti, da studi di confronto tra soggetti affetti da vitiligine e quelli affetti da psoriasi, è emersa una morbidità psichiatrica nettamente superiore in questi ultimi.

A questo proposito, facendo delle analisi comparative delle diverse scale impiegate e prendendo, come parametro di riferimento l'audacia che contraddistingue i soggetti affetti da vitiligine è emersa una correlazione positiva con gli indici dell'SF-36 relativi alla salute fisica alla vitalità alla salute generale nonché con il titolo di studio e l'occupazione. Al contrario è emersa una correlazione negativa con l'F2 della TAS-20 e la TAS-20 totale. Concordemente con quanto abbiamo ipotizzato precedentemente, questi dati potrebbero suggerire che i soggetti affetti da vitiligine cercano di dissimulare, rispetto ai soggetti affetti da psoriasi, i propri vissuti depressivi assumendo un atteggiamento determinato, talora spavaldo ed ambizioso. La conseguenza sarebbe una maggiore sensazione soggettiva di benessere fisico, di vitalità e di cenestesi generale che li porta a perseguire con maggiore successo i propri obiettivi scolastici e lavorativi, finendo per ricoprire incarichi mediamente più prestigiosi dei soggetti affetti da psoriasi. Questi ultimi inoltre sarebbero tendenzialmente più alessitimici, con una spiccata difficoltà a descrivere i propri sentimenti.

Dal confronto tra i punteggi medi ottenuti alla Tas-20 è emersa una maggiore tendenza all'alessitimia tra i casi. Tale dato, statisticamente significativo, permette di supporre che i casi, essendo mediamente più alessitimici dei controlli, avrebbero una maggiore tendenza ad un pensiero operatorio, incontrerebbero una precipua difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel comunicarli agli altri, nonché nell'adottare stili difensivi più maturi e consapevoli. Viceversa, i controlli sembrerebbero tollerare meglio le frustrazioni, le difficoltà o le sconfitte, rassegnandosi anche agli eventi più negativi.

Al termine di questo lavoro vorremmo segnalare alcune ipotesi psicodinamiche: i disturbi psicosomatici cutanei potrebbero essere la risposta corporea a sofferenze antiche, profonde, non esprimibili altrimenti né altrove, se non alla superficie. Il dolore mentale, intollerabile, viene dirottato su un organo bersaglio, la pelle e diviene sintomo. Ma il prezzo da pagare per preservare la mente dalla lacerazione è la lacerazione della pelle stessa. La pelle diventa, infatti, il teatro dove la sofferenza può finalmente esprimersi, ma anche il luogo creativo e adattativo di risoluzione del conflitto stesso. Tale funzionamento rappresenta, ai nostri occhi, un sistema non adeguato, ma per il paziente è un sistema che riesce comunque a svolgere una funzione protettiva per quanto limitante. Il paziente riesce con modalità arcaiche a imbrigliare sulla pelle un'inondazione tanatica che potrebbe minacciare la vita stessa (psicosomatosi ancora più devastanti o destrutturazione completa della mente).

In conclusione, alla luce dei risultati dei test somministrati e nonostante i limiti derivanti dall'esiguità del campione, si può ragionevolmente supporre che, in aggiunta a fattori genetico-costituzionali predisponenti all'insorgenza di vitiligine e psoriasi, intervengano anche fattori psicoambientali correlati ad un deficit originario del processo di mentalizzazione e di elaborazione delle emozioni.

Riassunto

Parola chiave: psoriasi, vitiligine, alessitimia, personalità

Oggetto: alcuni studi condotti sull'insorgenza e sulla storia clinica di alcune dermopatie come la psoriasi hanno mostrato coincidenze significative con stress emozionali e conflitti psichici, sostenendo l'ipotesi di uno stretto legame tra alterazioni cutanee e deficit nel processo di sviluppo psichico dell'individuo. In base a tali dati di letteratura ci si propone di indagare questi aspetti e nella fattispecie la correlazione con personalità, meccanismi di difesa, alessitimia, qualità della vita ed alcune patologie dermatologiche, quali psoriasi e vitiligo.

Metodo: il gruppo di studio è costituito da 100 soggetti: 50 casi, di cui 29 affetti da vitiligo e 21 da psoriasi e 50 controlli indenni da patologie dermatologiche. Sono state compilate schede anamnestico-cliniche e somministrati i seguenti tests: Defense Mechanisms Inventory (DMI), Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R Forma Ridotta), IVE- Questionario Impulsività, Questionario sullo stato di salute SF-36, Toronto Alexithymia Scale (Tas-20).

Risultati: dall'analisi dei profili di personalità indagati mediante l'Eysenck Personality Questionnaire – Riveduto – Forma ridotta (EPQ-R-Forma ridotta) e l'IVE – Questionario Impulsività, sono risultati più elevati in maniera statisticamente significativa i livelli di nevroticismo (p=0,02) e di empatia (p=0,004) nel gruppo dei casi e i livelli di estroversione (p=0,005) nel gruppo dei controlli. Dal confronto del punteggio totale medio totalizzato alla TAS-20 è emersa una differenza statisticamente significativa tra i casi ed i controlli che hanno totalizzato rispettivamente uno score di 51,38 e di 47,34. Nel gruppo dei pazienti dermatologici, dunque, il punteggio è significativamente superiore (p=0,04) rispetto ai soggetti sani, denotando un livello più elevato di alessitimia.

Conclusioni: sebbene fattori genetico-costituzionali predispongano all'insorgenza di vitiligine e psoriasi, si può ragionevolmente supporre, a partire dai risultati dei test somministrati, una concomitanza con fattori psico-ambientali, e particolarmente con un deficit originario del processo di mentalizzazione e di elaborazione delle emozioni.

DERMATOLOGICAL DISEASES AND PSYCHOSOMATICS: PRELIMINARY DATA ON THE CORRELATIONS WITH ALEXITHYMIA, DEFENSE MECHANISMS, PERSONALITY AND QUALITY OF LIFE

Abstract

Key Words: psoriasis, vitiligo, alexitymia, personality

Objective: Some studies on the onset and clinical history of some dermatological diseases as psoriasis showed a relevant coincidences with emotional stress and psychic conflicts, supporting the hypothesis of a tight relationship between cutaneous alterations and deficit in the individual process of psychological development. According to the data in the medical literature, we aim to investigate these aspects and overall the correlation with personality, defense mechanisms, alexithymia, quality of life and some dermatological diseases such as psoriasis and vitiligo.

Method: The study group is composed of 100 people: 50 patients (29 affected by vitiligo and 21 by psoriasis) and 50 healthy controls. We have done a clinical-anamnestic assessment and we administrated the following tests: Defense Mechanism Inventory (DMI), Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R Short Version), IVE (Impulsiveness Questionnaire), Toronto Alexithymia Scale (Tas- 20), SF 36 Health Survey.

Results: The analysis of the personality profiles investigated with Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R Short Version) and IVE (Impulsiveness Questionnaire) showed statistically significant higher scores in neuroticism (p=0.02) and empathy (p=0.004) among cases and statistically significant higher scores in extraversion (p= 0,005) among controls.

Analyzing the total average score in the test TAS-20 we found a statistically significant difference between cases and controls, who had respectively a score of 51.38 and 47.34. In the group of the patients with dermatological diseases the score is significantly higher (p=0,04) than healthy controls, showing a higher level of alexithymia.

Conclusions: Although genetic-constitutional factors predispose to the onset of vitiligo and psoriasis, we can suppose, according to our results, the contribution of psycho-environmental factors on the development of these diseases and above all the presence of a primitive deficit in the mentalization process and of the emotions elaboration.

Bibliografia

Anzieu D (1985). *L'Io-pelle*, Edizione Borla, Roma 2005.

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 38, 23-32.

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - II. - Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 38, 33-40.

Bassi R, Lazzarini E (1974). La psoriasi: nuove indagini in senso psicosomatico. *Chr Dermatol* 517, 35-70.

Bergeret J (2002). *Personalità normale e patologica*. Raffaello Cortina, Milano.

Biondi M, Marino V (1999). Stress e sistema immunitario: rassegna di 43 studi sperimentali di psicoimmunologia condotti nell'uomo tra il 1992 e il 1998. *Medicina Psicosomatica* 44, 35-52.

Engel GL (1977). The need for a new medical model. A chellenge for biomedicine. *Science* 196, pp.129-36.

Eysenck HJ, Eysenck SBG (1991). *Eysenck Personality Questionnaire – Riveduto – Forma ridotta,* O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 2004.

Eysenck HJ, Eysenck SBG (1991). IVE – *Questionario Impulsività*, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 2004.

Grassi L, Watson M, Greer S (1985). *La Courtauld Emotional Control Scale (CEC-S) di Watson e Greer.* Bollettino di Psicologia Applicata 176, 3-10.

Ihilevich D, Gleser GC (1986). *Defense Mechanisms Inventory (DMI)*. Tr. it. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 1992.

Klauder JK (1935). Psychogenic aspects of diseases of the skin. *Arch Neurol Psychiat* 33, 221-231.

Krebs H, Weyers P, Janke W (1998). Validation of the german version of the Cloninger's TPQ. *Personality and individual Differences* 24, 805-814.

McDougall J (1990). *Teatri del corpo: un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici.* Raffaello Cortina, Milano.

Mehrabian A, Epstein N. (1972). A measure of emotional emphathy. *J of Personality* 40, 525-543.

Orlandelli E, Garvovich A, Satta MA (2002). *Malattie cutanee e psicogenesi*. Società Editrice Universo, Roma.

Pancheri P (1984). *Trattato di medicina psicosomatica.* USES, Firenze.

Panconesi E (1988). *Lo stress, le emozioni, la pelle*. Masson, Milano.

Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS et al. (2003). Stressful life events, social support, attachment security and alexitimia in vitiligo. A case-control study. *Psychoter Psychosom* 72, 3, 150-8.

Savron G, Montanaro R, Landi G, Bartolucci G (2001). Aspetti psicologici in soggetti affetti da psoriasi e alopecia areata: uno studio controllato. *Rivista di psichiatria* 36, 3.

Sharma N, Koranne RV, Singh RK (2001). Psychiatric morbidity in psoriasis et vitiligo: a comparative

study. *J Dermatol* 28, 8, 419-23
Sifneos PE (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics* 22, 2, 255-62.
Ware JE, Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30, 6, 473-483.
Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J (2008). Alexithymia and dermatology. *Int J Dermatol* 47, 9, 903-910.

Prof. Maurizio Giuseppe Guarneri, Dott.ssa Laura Nastri, Dott.ssa Arianna Landi, Dott.ssa Barbara Bonanno, Dott.ssa Maria Ripalta Sergio, Prof. Daniele La Barbera
Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze Cliniche - Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Palermo

Prof. Mario Aricò
Unità Operativa Complessa di Dermatologia e MTS, Università degli Studi di Palermo

Corrispondenza
prof. Daniele La Barbera labadan@unipa.it