

Aspetti psicologici in soggetti affetti da psoriasi e alopecia areata: uno studio controllato

Psychological aspects of patients with psoriasis and alopecia areata: a controlled study

*GIANNI SAVRON, *ROSANNA MONTANARO, **GIORGIO LANDI, ***GIOVANNA BARTOLUCCI

*Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, **Reparto di Dermatologia e Grandi Ustioni, Ospedale M. Bufalini di Cesena, ASL Cesena, ***Azienda USL, Rimini

RIASSUNTO. Introduzione. È ampiamente accettato che le patologie dermatologiche risentono delle dimensioni emotive del soggetto e che vari eventi di vita possono determinare notevole *distress* e ripercussioni emotive soprattutto in soggetti particolarmente sensibili. **Materiale e metodo.** Lo studio ha valutato gli aspetti psicologici di un gruppo di dermopatici (psoriasici, N=50; alopecici, N=12) confrontati con un gruppo di controllo (N=51) bilanciato per variabili sociodemografiche, utilizzando una batteria di test autovalutativi (ASI, IAS, TAS-20, TPQ, QAES, SQ) ed una intervista (BPRS). **Risultati.** I dermopatici rispetto ai controlli risentono maggiormente degli eventi stressanti senza comunque presentare differenze significative nel grado di *distress* (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità); essi tuttavia presentano punteggi alexitimici superiori e minori atteggiamenti di malattia; inoltre, gli psoriasici risultano più impulsivi, ostili e con minore autocontrollo dei non dermopatici. **Conclusioni.** L'espressività della patologia dermatologica potrebbe dipendere dalla diversa modalità di interpretazione dell'evento, dalla particolare sensibilità allo stress, oltre che da una maggiore difficoltà ad esprimere i sentimenti e le emozioni, unitamente ad una minore consapevolezza somatica.

PAROLE CHIAVE: psicosomatica, eventi stressanti, alexitimia, psoriasi, alopecia areata

SUMMARY. Introduction. Is it largely accepted that dermatological pathologies reflect the emotional dimensions of the person and a lot of life events may determine remarkable *distress* and emotional reactions especially in sensitive subjects. **Material and method.** The study has assessed the psychological aspects of patients with psoriasis (N=50), alopecia areata (N=12) and a normal control group (N=51) balanced in socio-demographic variables, using a battery of self-rating scales (ASI, IAS, TAS-20, SESE, SQ) and assessor rating scale (BPRS). **Results.** Patients with psoriasis and alopecia present higher scores in stressful life events than the control group but not in *distress* (anxiety, depression, somatic symptoms, hostility), nevertheless they have high scores in alexithymia and less in attitudes of illness; furthermore, psoriasis patients have greater impulsivity, hostility and less self-control than the control group. **Conclusion.** The expression of the pathology could depend, on the one hand, on a different interpretation of the life event and, on the other, a special sensitivity to stress, in addition to a greater difficulty in expressing sensations, emotions and somatic consciousness.

KEY WORDS: psychosomatic, life events, alexithymia, psoriasis, alopecia areata

INTRODUZIONE

Vari studiosi hanno cercato di identificare e spiegare le cause dell'insorgenza e/o dell'esacerbazione della patologia dermatologica in soggetti con psoriasi e alopecia areata, senza tuttavia riuscire a definirne la causa specifica; sono stati identificati fattori ereditari, ambientali, immunitari, psicologici più o meno coscienti con particolare rilievo agli eventi stressanti (1-10).

E-mail: g.savron@ra.nettuno.it

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare le differenze psicologiche fra un gruppo di soggetti con dermopatia (psoriasi e alopecia areata), confrontati con un gruppo di soggetti normali di controllo. Sono stati indagati vari aspetti come l'impatto psicologico connesso agli eventi stressanti, la componente alexitimica, le caratteristiche di personalità ed aspetti psicologici come l'ansia, depressione, sintomi somatici e ostilità, la sensibilità all'ansia, l'inibizione emotiva, l'atteggiamento di malattia ed il disagio sociale.

MATERIALE E METODO

La ricerca si è svolta nel reparto di dermatologia dell'Ospedale "Maurizio Bufalini" di Cesena, dove, due o tre volte alla settimana, i pazienti affetti da psoriasi e alopecia areata si sottopongono a terapia: PUVA terapia per gli psoriasici e terapia sensibilizzante a base di Difeninciprone per i pazienti con area celsi.

Tutti e tre i gruppi, i due gruppi con dermatopatia ed i controlli sani, sono stati edotti sulla metodologia e gli scopi della ricerca, acconsentendo di partecipare allo studio e sono stati sottoposti sia ad una intervista semi-strutturata (BPRS) per escludere la presenza di psicopatologie in atto che ad una batteria di test autovalutativi (ASI, EIS, TAS-20, IAS, TPQ, SSQ, SQ).

Il campione di soggetti con psoriasi era composto da 50 soggetti di cui 23 femmine (46%) e 27 maschi (54%) con un *range* di età compreso fra 18 e 67 anni ed una età media di 39,7 ($\pm 13,96$). Ventisette avevano una scolarità inferiore o uguale agli 8 anni di studi e 23 soggetti una durata superiore, 15 erano nubili/celibati, 33 (66%) appartenevano ad uno status lavorativo medio-basso (operai, agricoltori, disoccupati, etc.) e 17 (34%) ad uno medio-alto (impiegati, insegnanti, liberi professionisti, etc.), 34 erano coniugati e 1 divorziato. La durata media del disturbo era di 13,73 anni e la durata media del trattamento di 3,67 anni.

Il campione di soggetti con alopecia è risultato essere in numero inferiore rispetto agli psoriasici; era composto da 12 soggetti di cui 7 femmine e 5 maschi, con un *range* di età compreso fra 22 e 63 anni e con un'età media di 37,41 ($\pm 13,8$). Nove avevano una scolarità inferiore agli 8 anni e 3 superiore, 10 (83,3%) appartenevano ad uno status lavorativo medio-basso e 2 (6,7%) ad uno medio-alto, 4 erano celibi, 7 coniugati ed 1 vedovo, la durata media del disturbo era di 6,36 anni e la durata media del trattamento di 1,04 anni.

Il gruppo di controllo era composto da 51 soggetti di cui 36 femmine (70,5%) e 15 maschi (29,4%), con un *range* di età compreso fra 17 e 66 anni ed una età media di 38,66 ($\pm 13,43$). Sette soggetti avevano una scolarità inferiore agli 8 anni e 44 una durata superiore, 27 (52,1%) appartenevano ad uno status lavorativo medio basso e 24 (47,9%) ad uno medio alto, 13 (25,4%) erano nubili/celibati, 32 (62,7%) erano coniugati, 1 (1,9%) convivente, 2 (3,9%) vedovi e 3 (5,8%) divorziati.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE UTILIZZATI

- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) di J. E. Overhall e D. R. Gorman (11): (vers. it. G. Grandi) intervista semi-strutturata composta di 24 *items*, a ciascuno dei quali

è possibile attribuire punteggio da 0 a 4, usata per valutare l'eventuale presenza e il grado di severità di disturbi schizo-affettivi.

- Emotional Inhibition Scale (EIS) di R. Kellner (12): (vers. it. G.A. Fava) costituito da 16 *items* relativi a quattro scale: inibizione verbale, timidezza, autocontrollo, mascheramento delle emozioni. Ogni *item* può essere conteggiato su di una scala *likert* a 5 punti (1=no; 5=sempre) la cui somma determina il grado di inibizione delle emozioni e dei sentimenti.
- Anxiety Sensitivity Index (ASI) di R.A. Peterson e S. Reiss (13): (vers. it. F.M. Saviotti): è uno strumento psicometrico che valuta la paura dei sintomi ansiosi, derivante dalla convinzione che questi sintomi (es. battiti cardiaci, tremori, etc.) possano essere dannosi per la salute o che comunque possano avere gravi conseguenze. È costituito da 16 *items*, ciascuno dei quali può essere conteggiato su una scala *likert* a 5 punti (0=pochissimo; 4=moltissimo); maggiore è il punteggio maggiore è la sensibilità all'ansia.
- Social Situation Questionnaire (SSQ) di I. Marks (14): (vers. it. F.M. Saviotti), questionario che consta di 30 *items* ai quali il paziente attribuisce un punteggio che varia da 0 (nessun disagio) a 4 (evito questa situazione); valuta il disagio vissuto dal paziente in determinate situazioni sociali (es: strada, negozi, ristoranti, etc.). Maggiore è il punteggio, maggiore è il disagio provato dal soggetto.
- Questionario di Autovalutazione degli Eventi Stressanti (QAES) di G. Savron & R. Montanaro (**Tabella 1**), ricavato dalla Brief Problem List di R. E. S. Kellner (15) e dall'Intervista per gli Eventi Stressanti di Paykel (16). Esso valuta 11 aree più una domanda libera nel caso che vi fossero altre situazioni non elencate; per ciascuna area si specificano i singoli eventi ai quali il soggetto attribuisce il grado di disagio/malessere provato, in una scala a quattro punti (1=per niente; 4=moltissimo). Maggiore è il punteggio, maggiore è il disagio.
- Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) di R. Cloninger (17), (vers. it. G. Bartolucci). È costituito da 100 *items* del tipo vero/falso ed è basato su tre dimensioni fondamentali di personalità: la Ricerca di Novità (RN) o Novelty Seeking, l'Evitamento del Danno (ED) o Harm Avoidance, la Dipendenza dalla Ricompensa (DR) o Reward Dependence correlate ciascuna ai sistemi cerebrali specifici (dopamina, serotonina e noradrenalina).

I soggetti che ottengono punteggi elevati nella scala RN tendono ad essere curiosi, rapidi, impulsivi e disordinati, mentre i punteggi bassi esprimono soggetti stoici, riflessivi, ordinati e lenti; gli individui che ottengono punteggi elevati nella scala ED sono affaticabili, apprensivi, timidi e pessimisti; al contrario, quelli che ottengono punteggi bassi sono ottimisti e vigorosi; coloro che ottengono punteggi elevati nella scala DR vengono descritti come sensibili ad obiettivi sociali, persistenti e sentimentalisti mentre quelli

che ottengono punteggi bassi risultano essere poco sensibili, pratici e distaccati.

- Il Symptom Questionnaire (SQ) di R. Kellner (18) (vers. it. G.A. Fava): è una scala sintomatologica vero/falso di 92 items composta da 4 scale (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità); la sua sensibilità permette di discriminare tra effetti del farmaco e placebo e tra popolazione psichiatrica e normale. La facoltà dell'SQ di poter quantificare il "malessere" nelle varie componenti permette di poter misurare il grado di *distress*.
- Illness Attitude Scale (IAS) di R. Kellner (19) (vers. it. S. Grandi): è un questionario che misura atteggiamenti, paure e comportamenti associati al comportamento di malattia; è composto da 21 items relativi a 7 scale (Preoccupazione di malattia, Preoccupazione per il dolore, Preoccupazione per la salute, Ipocondria, Tanatofobia, Nosofobia, Preoccupazioni somatiche). Ad ogni scala corrispondono tre item ai quali si può dare una risposta graduale che va da 0 (mai) a 4 (il più delle volte). Gli studi a disposizione dimostrano che le diverse sottoscale sono valide ed attendibili e particolarmente utili ad identificare la presenza di tendenze ipocondriache, soprattutto grazie alla capacità discriminativa posseduta dalle due scale "ipocondria" e "nosofobia".
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) di G. J. Taylor et al. (20) (vers. it. P. Porcelli): riconduce al costrutto di alexithymia ed indaga la difficoltà ad identificare le emozioni e a distinguerle dalle sensazioni somatiche, la difficoltà a descrivere le proprie emozioni ed il pensiero centrato sulla realtà esterna o pensiero operatorio. Essa è composta da 20 items a cui il soggetto stesso attribuisce un valore su una scala a 5 punti.

I *cut-off* scores sono: ≥ 61 per l'alexithymia positiva; 51-60 per l'alexithymia indeterminata; e < 51 per l'alexithymia negativa.

ANALISI STATISTICA

Tutti i risultati sono stati espressi in media e deviazione standard.

Per la valutazione delle differenze fra i tre gruppi si è proceduto ad un'analisi non parametrica utilizzando il test di Kruskal-Wallis; inoltre, è stato utilizzato il confronto post-hoc per mettere in evidenza le differenze tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo. È stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Spearman. Per l'analisi fattoriale si è ricorsi all'analisi delle componenti principali ritenendo significativi i fattori con *eigenvalue* maggiore di 1; è stata impiegata la *varimax rotation* che minimizza il numero di variabili ad alto peso sui singoli fattori, ed è stato ritenuto significativo il peso della variabile sul fattore quando superiore a 0.50. L'analisi statistica è stata effettuata con lo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

RISULTATI

Precedenti lavori hanno posto in evidenza l'incidenza degli eventi stressanti nelle dermatopatie (1, 2, 4, 21) ma in questo studio si è cercato di valutare la relazione fra evento stressante e dimensione psicologica del soggetto". Nei tre gruppi la variabile "numero eventi stressanti, nei sei mesi precedenti il colloquio, non è risultata significativa (χ^2 1200, df 7, sig. .991), mentre il confronto nell'intensità del punteggio del disagio/malessere attribuito agli eventi (**Tabella 2**) ha evidenziato delle differenze significative, risultando più elevato nei soggetti con psoriasi ed alopecia rispetto i controlli.

Per quanto concerne la tipologia degli eventi, nel gruppo con psoriasi le preoccupazioni più frequenti sono state: il lavoro (N=21), i problemi familiari (N=14), problemi con il partner (N=10), la salute (N=10), il denaro (N=9), gli amici (N=9), la solitudine (N=6), gli eventi positivi (N=5), altro (N=2). Invece se valutiamo l'intensità del malessere, considerando il punteggio 3 (abbastanza/molto) e 4 (moltissimo), il valore medio dell'impatto negativo più intenso riguarda la malattia, propria o di un familiare (media $x=3.5$), seguita dal lutto ($x=3.42$), dal lavoro ($x=3.38$), problemi con il partner ($x=3.29$), denaro ($x=3$).

Nel gruppo alopecia, per quanto poco rappresentativo, si riportano con maggior frequenza eventi nelle aree: famiglia (N=4), lutto (N=4), lavoro (N=3), solitudine (N=2), salute (N=2), eventi positivi (N=2), partner (N=1), denaro (N=1), amici (N=1); mentre in merito all'intensità risulta: lutto ($x=4$), salute ($x=4$), solitudine ($x=4$), partner ($x=4$), denaro ($x=4$), famiglia ($x=3.25$), lavoro ($x=3$).

Nel gruppo di controllo risultano più frequenti le problematiche relative al lavoro (N=21), al denaro (N=16) seguite da problemi con il partner (N=12), famiglia (N=8), lutto (N=7), amici (N=7), eventi positivi (N=3), solitudine (N=2), salute (N=1), altro (N=1). L'impatto negativo maggiore riguarda il lutto ($x=3.57$), il lavoro ($x=3$), la salute ($x=3$).

Considerando le altre differenze significative (**Tabella 2**) si osserva che il punteggio medio della TAS-20 e della sottoscala del pensiero operatorio (TAS-po) risultano più elevate nei pazienti con psoriasi e alopecia rispetto i controlli, anche se i valori non raggiungono il *cut-off* per l'alexithymia. Nell'IAS le differenze significative riguardano le scale della preoccupazione per la salute, dell'ipocondria e della tanatofobia nelle quali i soggetti di controllo riportano valori superiori rispetto agli altri due gruppi, ad eccezione della scala dell'ipocondria che mostra un punteggio superiore nei pazienti con alopecia.

Tabella 1. QAES - Questionario di Autovalutazione degli Eventi Stressanti

Per favore indichi i problemi o le difficoltà che ha incontrato nell'ultimo periodo (6 mesi) e in quale misura questi le abbiano creato disagio/malessere utilizzando la scala sottoindicata
Faccia una croce sulla casella corrispondente (NON pensi molto prima di rispondere)
Grazie per la collaborazione

	No Per niente	Un pò	Abbastanza Molto	Moltissimo
1. Difficoltà sul lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, barrare di che tipo:</i>				
Cambiamento di lavoro (es. promozione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disaccordo con il capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disaccordo con i colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrocessione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenziamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disoccupazione (Indicare da quanto tempo)				
2. Difficoltà di rapporto col partner/coniuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, barrare di che tipo:</i>				
Inizio di una relazione affettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravi discussioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fine della relazione affettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separazione legale consenziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separazione legale dovuta a disaccordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazione extraconiugale del partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inizio di una sua personale relazione extraconiugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divorzio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcato miglioramento nella relazione col coniuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riconciliazione coniugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Difficoltà con i figli o altri familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, barrare di che tipo:</i>				
Eventi che riguardano la famiglia che l'hanno particolarmente coinvolta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nascita di un figlio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fidanzamento di un figlio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Approvazione del matrimonio di un figlio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disapprovazione del matrimonio di un figlio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un figlio lascia la casa per altre ragioni (es. università)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Figlio militare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravi discussioni con un familiare che vive con lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grave discussione con un familiare che non vive con lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcato miglioramento nella relazione con un familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi coniugali di uno stretto familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Difficoltà con un amico/amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Difficoltà con un conoscente/conoscenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Difficoltà economiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, barrare di che tipo:</i>				
Modeste difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravi difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostanziale miglioramento (es. eredità, ingente vincita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Solitudine, isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(segue)

(segue)	No Per niente	Un pò	Abbastanza Molto	Moltissimo
8. Problemi di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se si, barrare di che tipo:</i>				
Grave malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recenti ricoveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grave malattia (fisica/mentale) di uno stretto familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menopausa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza desiderata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza indesiderata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gravi perdite				
<i>Se si, barrare di che tipo:</i>				
Morte di un caro amico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte di uno stretto familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte di un figlio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte del coniuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita o furto di oggetti di particolare valore personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita del proprio patrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Recenti trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se si, barrare di che tipo:</i>				
Trasloco entro la stessa città	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimento in un'altra città	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimento in un'altra nazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferimento per calamità naturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problemi legali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se si, barrare di che tipo:</i>				
Piccola violazione o infrazione della legge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grave violazione o infrazione della legge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prigione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Processo con azione legale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi legali di uno stretto familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Altre difficoltà _____				

Gli altri test non hanno evidenziato differenze significative fra i gruppi. L'analisi post-hoc (**Tabella 3**) tra gruppo con psoriasi e gruppo di controllo ha confermato le precedenti differenze, nella scala degli eventi stressanti, della TAS-20, della TAS-po, della ricerca di novità del TPQ, con minore preoccupazioni per la salute, atteggiamenti ipocondriaci, tanatofobia, autocontrollo e maggiore ostilità.

L'analisi post-hoc tra il gruppo di alopecici e gruppo di controllo ha evidenziato una differenza nella scala della preoccupazione per la salute dell'IAS al limite della significatività ($p=.056$), risultando i controlli più preoccupati per la salute rispetto agli alopecici.

All'analisi delle correlazioni (Tabella 4), si osserva come l'intensità del punteggio attribuito agli eventi

stressanti (ES) correli significativamente in tutti e tre i gruppi, con l'ansia, la depressione, i sintomi somatici e l'ostilità.

Nel gruppo con psoriasi, l'intensità degli ES correla positivamente con i punteggi della TAS 20 e la scala della difficoltà ad identificare le emozioni (TAS-die), con l'inibizione emotiva e le sottoscale della timidezza e dissimulazione dei sentimenti, mentre correla negativamente con la preoccupazione per la salute. Nei soggetti con alopecia invece si evidenzia una correlazione positiva con la scala dell'autocontrollo dell'EIS. Infine, nel gruppo di controllo le correlazioni positive si osservano con la TAS 20, TAS-die (difficoltà ad identificare le emozioni) la TAS-dde (difficoltà a descrivere le emozioni), la preoccupazione di malattia e la sottosca-

Tabella 2. I tre gruppi a confronto

	Gruppo Psoriasi (N=50)			Gruppo alopecia (N=12)			Gruppo di controllo (N=51)			x-quadrato (gdl=2)	P
	M	±	DS	M	±	DS	M	±	DS		
QAES - Eventi Stressanti	3.00		0.83	3.08		1.08	2.57		0.85	7.572	.023
SQ - Ansia	7.24		4.92	8.17		6.12	6.12		4.48	1.668	
SQ - Depressione	5.9		4.53	6.83		6.38	5.82		4.31	.023	
SQ - Sintomi Somatici	8.12		5.56	8.67		6.64	6.45		5.10	2.511	
SQ - Ostilità	6.54		4.3	5.92		5.73	5.20		4.50	3.741	
SQ-Totale	27.8		16.5	29.58		23.68	22.51		15.48	2.744	
Anxiety Sensitivity Index	16.58		9.33	14.25		13.63	14.59		9.38	2.458	
TAS-20 Totale	48.60		10.73	46.25		14.67	41.98		11.24	7.769	.021
TAS - Diff. Identif. Emozioni	15.56		5.92	16.42		8.88	13.98		5.98	2.850	
TAS - Diff. Descriv. Emozioni	13.14		5.31	12.00		4.94	11.51		4.76	2.651	
TAS - Pensiero Operatorio	20.22		5.96	17.83		5.61	16.65		5.74	8.799	.012
IAS - Totale	31.1		14.77	29.08		16.83	31.18		13.62	.533	
IAS - Preocc. Malattia	7.3		3.26	6		3.28	6.71		3.18	2.466	
IAS - Preocc. Dolore	5.64		2.75	4.08		2.35	5.61		3.19	2.513	
IAS - Preocc. Salute	5.9		3.14	5.25		3.86	7.45		3.1	7.739	.021
IAS - Ipocondria	1.4		2.31	2.42		2.57	1.61		1.42	11.288	.004
IAS - Tanatofobia	2.46		3.45	2.75		2.9	3.25		2.83	8.718	.013
IAS - Nosofobia	4.76		4.2	5.33		4.75	4.71		3.46	.282	
IAS - Preocc. Somatiche	3.66		2.74	3.42		2.81	3.61		2.38	.079	
TPQ -Ricerca Novità	14.9		5.2	14.58		4.03	12.84		4.67	4.181	
TPQ -Dipendenza Ricompensa	15.02		6.29	16.17		5.56	15.06		6.28	.375	
TPQ Evitamento Danno	17.02		4.59	17.75		3.28	18.16		3.83	1.182	
Social Situation Questionnaire	15		11.45	18.67		16.95	12.88		8.42	.562	
EIS - Totale	46.2		7.61	48.75		9.85	45.9		8.19	.426	
EIS - Autocontrollo	13.76		2.94	14.83		2.08	14.86		2.19	5.389	
EIS - Inibizione Verbale	10.9		3.35	10.17		3.49	10.53		3.68	.381	
EIS - Timidezza	10.3		2.92	11.25		2.86	10.65		2.86	1.076	
EIS - Dissimulazione Sentimenti	11.24		3.31	12.5		4.21	10.71		3.05	1.509	

la della timidezza, mentre correlano negativamente con la sottoscala dell'autocontrollo dell'EIS.

I dati farebbero supporre che i soggetti con psoriasi di fronte agli ES, pur collocandosi ad un livello superiore di disagio, abbiano la medesima tendenza nell'identificare, descrivere e comunicare le emozioni del gruppo di controllo, ciò in funzione di una ovvia relazione fra disagio/malessere e comparto emotivo, tuttavia correlata alla timidezza ed alla dissimulazione dei propri sentimenti e una minore preoccupazione per la salute (negazione?); al contrario dei normali i quali manifesterebbero, come già indicato precedentemente maggiori preoccupazioni di malattia e maggiore autocontrollo, quest'ultimo però in relazione inversa al disagio provocato dagli eventi stressanti.

I soggetti con alopecia analogamente ai soggetti normali esprimerebbero un maggiore autocontrollo a fronte degli ES.

L'analisi delle correlazioni nei tre gruppi ha inoltre evidenziano altri dati, di cui si riportano solo quelli con valori di significatività dello .01.

Nei soggetti con psoriasi (PS) i punteggi dell'ansia

correlano positivamente con i punteggi dell'ASI (sensibilità all'ansia), con la scala TAS-die, con la nosofobia (preoccupazione di avere una malattia specifica) e con la scala dell'evitamento del danno del TPQ, mentre nei pazienti con alopecia l'ansia correla con la sensibilità all'ansia (ASI) e la sottoscala dell'autocontrollo dell'EIS, a confermare quanto detto in precedenza sull'autocontrollo manifestato dai soggetti con alopecia. Nel gruppo di controllo l'ansia correla con la TAS-

Tabella 3. Post-hoc: gruppo psoriasi e gruppo di controllo

	χ-quadrato (gdl = 1)	P
Eventi stressanti	6.602	.010
SQ - ostilità	3.693	.055
TAS-20 totale	7.901	.005
TAS - pensiero operatorio	8.888	.003
IAS - preoccupazione salute	6.106	.013
IAS - ipocondria	11.374	.001
IAS - tanatofobia	8.973	.003
TPQ - ricerca della novità	3.862	.049
EIS - autocontrollo	4.686	.030

Tabella 4. Analisi delle correlazioni nei tre gruppi

	Gruppo psoriasi (N=50) Eventi Stressanti	Gruppo alopecia (N=12) Eventi Stressanti	Gruppo di controllo (N=51) Eventi Stressanti
SQ-A	.31*	.71*	.50**
SQ-D	.40**	.60*	.45**
SQ-SS	.28*	.61*	.42**
SQ-O	.48**	.73**	.48**
SQ-Totale	.40**	.71**	.48**
TAS-20	.31*		.52**
TAS-DIE	.34*		.35*
TAS-DDE			.48**
IAS-PM			.32*
IAS-Psa	-.29*		
EIS-Totale	.35*		
EIS-A		.77**	-.28*
EIS	.29*		.33*
EIS-DS	.31*		

*p<0.05
**p<0.01

Tabella 5. Componenti fattoriali dopo varimax rotation (solo valori superiori a 0.50)

	Componente 1	Componente 2	Componente 3
QAEv.			
Stressanti	.741		
SQ-totale	.764		
ASI		.584	
TAS-20	.658		
IAS		.751	
TPQ m	.563		
TPQ ed		.677	
TPQ dr			-.833
SSQ		.624	
EIS-totale			.529

20 e la scala TAS-die, con la preoccupazione di malattia e con il disagio provato nelle situazioni sociali (SSQ). Queste correlazioni evidenzerebbero nei dermopatici la relazione fra l'ansia e sensibilità ai sintomi ansiosi, una tendenza alla difficoltà ad identificare le emozioni, all'aumento dell'ansia stessa ma a risvolto nosofobico, con ansia anticipatoria; i controlli, a loro volta vivrebbero l'ansia come un aspetto di malattia connesso alle situazioni sociali, mentre negli alopecici l'ansia sarebbe connessa all'autocontrollo.

La depressione negli psoriasici (PS) correla positivamente con l'ASI, TAS-20, TAS-die, la preoccupazione per il dolore, nosofobia, preoccupazioni somatiche ed infine ovviamente con l'evitamento del danno (pessimismo); nei soggetti alopecici con l'ASI e la scala dell'autocontrollo dell'EIS; nei soggetti di controllo la de-

pressione correla con la TAS-20, TAS-die, preoccupazione di malattia, nosofobia, evitamento del danno, le situazioni sociali e la timidezza. Questi dati fanno supporre che i sintomi depressivi siano connessi nei PS con le preoccupazioni somatiche e per il dolore; mentre nei controlli lo sarebbero con le preoccupazioni di malattia e ritiro sociale; invece gli alopecici esprimerebbero la relazione con la sensibilità ai sintomi ansiosi e con l'inibizione espressa dall'autocontrollo.

La correlazione fra depressione e sensibilità all'ansia potrebbe rappresentare la particolarità dei dermopatici di percepire i sintomi ansioso-depressivi nello stesso continuum, con conseguente difficoltà alla loro discriminazione.

Un alto aspetto interessante concerne le correlazioni del punteggio dei sintomi somatici nei tre gruppi. Nei pazienti con psoriasi correlano positivamente con la sottoscala TAS-die e con la scala della nosofobia della IAS; nei pazienti con alopecia correlano con la scala della tanatofobia; nei controlli con la TAS-20 e la TAS-die, con l'evitamento del danno del TPQ e le scale dell'inibizione verbale e della timidezza dell'EIS.

Questi aspetti indicherebbero la difficoltà degli psoriasici e dei controlli ad identificare le emozioni in relazione all'incremento dei sintomi somatici, analogamente all'ansia e depressione, ma vissuti nei PS in relazione alla nosofobia, negli alopecici invece in relazione alla tanatofobia; mentre nei controlli, i sintomi somatici sarebbero percepiti quale segnali inibitori di evitamento o anticipazione del pericolo.

L'ostilità, già posta in rilievo da precedenti studi (21, 22), correla positivamente con i sintomi somatici in tutti e tre i gruppi; nei soggetti con alopecia correla con gli atteggiamenti di malattia e l'autocontrollo, nel gruppo di soggetti sani correla negativamente con la scala dell'autocontrollo (maggiore capacità di esternare l'ostilità?), negli psoriasici correla con la TAS-die, evidenziando come l'ostilità ponga problemi di identificazione.

Sia nei soggetti PS che nei controlli la sensibilità all'ansia correla positivamente con l'atteggiamento di malattia per cui sarebbe questa sensibilità ad orientare gli aspetti di malattia; inoltre, la correlazione positiva con l'inibizione verbale esprimerebbe nei PS la difficoltà alla verbalizzazione nonostante la percezione dei sintomi ansiosi.

L'inibizione emotiva misurata dall'EIS presenta una correlazione positiva con la TAS-20 in tutti e tre i gruppi; inoltre, la relazione fra sottoscala dell'inibizione verbale dell'EIS con la TAS 20 nei tre gruppi porterebbe a considerare il medesimo costruito teorico.

Per quanto concerne i tratti di personalità, l'evitamento del danno (TPQ ed), connesso all'ansia antici-

patoria e al pessimismo, correla nei soggetti normali con ansia, depressione, sintomi somatici, situazioni sociali, mentre nei PS correla con ansia, depressione, preoccupazioni di malattia (ipocondria, tanatofobia, nosofobia), situazioni sociali e timidezza; da ciò si deduce che i normali tendono a sentire come minacciose ed a evitare situazioni connesse all'ansia, depressione e sintomi somatici, mentre i PS non percepirebbero i sintomi somatici come fonte di minaccia e ansia ma sarebbero sensibili agli aspetti cognitivi (atteggiamenti di malattia), ponendo minore attenzione ai sintomi fisici. Nel gruppo di controllo la scala della ricerca delle novità del TPQ correla con la timidezza, ad indicare un aspetto, non presente nei dermatopatici che in qualche modo mitiga la tendenza all'impulsività, contrariamente agli psoriasici in cui la ricerca di novità correla negativamente con l'evitamento del danno. La dipendenza dalla ricompensa nei soggetti normali correla negativamente con la timidezza e con la difficoltà a descrivere le emozioni (TAS-die) ad indicare come ad una maggiore sensibilità e altruismo corrisponda una minore timidezza e maggiore facilità espressiva.

Dall'analisi fattoriale delle scale principali, sono risultate tre le componenti che spiegano il 58.67% della varianza totale (**Tabella 5**); nella prima di esse hanno caricato positivamente i punteggi dell' SQ, i punteggi del QAES, la TAS-20, e la scala della Ricerca delle Novità del TPQ, ad indicare un fattore che descrive la "sofferenza-malessere".

Sul secondo fattore che abbiamo definito della "sensibilità" hanno pesato i punteggi dell'IAS, dell'evitamento del danno del TPQ, dell' SSQ e dell' ASI.

Sulla terza componente ha pesato positivamente l'EIS e negativamente il punteggio della scala della dipendenza dalla ricompensa del TPQ relativa alla tendenza a rispondere positivamente agli stimoli gratificanti; questo fattore sembrerebbe un descrittore di praticità, insensibilità o "inibizione-controllo".

DISCUSSIONE

I risultati offrono degli spunti importanti di valutazione poiché i pazienti affetti da psoriasi ed alopecia non risultano esposti ad un numero significativamente superiore di eventi stressanti, tuttavia attribuiscono ad essi un disagio maggiore rispetto i controlli pur non evidenziando a livello di *distress* globale (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità) delle differenze significative; si differenziano inoltre sulla qualità degli eventi riportati, (malattia fisica propria o di un familiare, lutto, problemi lavorativi, gravi disaccordi con familiari e difficoltà economiche). Tali dati porterebbero

a considerare sia una particolare elaborazione cognitiva dell'evento stressante che una maggiore sensibilità dei dermatopatici agli eventi stessi, connessa forse ad una maggiore capacità di fissazione degli stati d'animo associati; questo aspetto spiegherebbe anche la presenza di un maggior numero di eventi stressanti riportato da altri studi (1, 4).

I nostri dati non sarebbero in accordo con quanto indicato da Taylor (23, 24) sulla particolare sensibilità ai sintomi somatici con amplificazione delle sensazioni nei soggetti con alto punteggio alla TAS, ma evidenzerebbero invece maggiori atteggiamenti di malattia nei soggetti di controllo ad indicare forse una maggiore consapevolezza dei sintomi e dei rischi connessi alla presenza di *distress*, contrariamente ai dermatopatici che nonostante la percezione attuerebbero un meccanismo di dissimulazione e/o negazione.

Il confronto fra le dimensioni psicologiche dei soggetti psoriasici ed il gruppo di controllo confermerebbe, come già indicato da Baldaro et al. (22) la presenza di ostilità in campo dermatologico, senza tuttavia identificarne la causa (intrinseca o espressione della patologia dermatologica).

Per quanto concerne la valutazione dell'alexitimia, i dermatopatici presentano un punteggio medio maggiore alla TAS nonostante il valore non abbia raggiunto il *cut-off* (≥ 61) positivo per il disturbo alexitimico. Nel gruppo con psoriasi sono risultati alexitimici 6 soggetti su 50 (12%), tra gli alopecici 3 soggetti su 12 (25%), nel gruppo di controllo invece 3 soggetti su 51 (5,8%); anche se con campioni limitati, questi risultati porterebbero a non considerare l'alexitimia quale "tratto" stabile di personalità ma una tendenza che accompagna l'espressione del disturbo psicosomatico, ovvero come indicato da Delle Chiaie (25), una forma secondaria o di "stato", oltre che esprimere una vulnerabilità dei PS. Inoltre, il maggiore punteggio nei dermatopatici nella scala del pensiero operatorio della TAS evidenzia un pensiero orientato sulla realtà esterna e poco tendente all'introspezione, quindi pratico e scarsamente fantasioso.

Da alcuni Autori è stato posto in rilievo come il livello di scolarità possa influire sullo sviluppo di aspetti alexitimici, oppure influire quale *bias* di valutazione dell'alexitimia, e in questo studio nonostante il livello di scolarità del gruppo sperimentale fosse inferiore, la differenza non è risultata statisticamente significativa.

Anche questo studio ha evidenziato la correlazione, e quindi la sovrapposibilità, tra il quadro depressivo ed i punteggi della TAS (23, 24), senza però evidenziare differenze umorali nei gruppi; Taylor ha posto in rilievo la correlazione positiva della TAS con misurazioni di stati negativi e viceversa una correlazione negati-

va con stati positivi, infatti l'incapacità di identificare e descrivere le emozioni riproduce la manifestazione depressiva.

La dimensione di personalità relativa all'evitamento del danno nel TPQ ha fornito nei PS delle correlazioni con l'ansia e la depressione mentre nei controlli la correlazione è stata vista con ansia, depressione e sintomi somatici a confermare come siano i sintomi somatici ad essere percepiti diversamente. Nel modello neurobiologico di Cloninger (16) l'alto evitamento del danno in soggetti con ansia cronica è basato sull'anticipazione di preoccupazioni e danno ed è correlato ai circuiti di inibizione comportamentale serotoninergici e colinergici e ciò spiegherebbe la relazione con l'IAS e l'EIS. Alla maggiore ricerca delle novità (impulsività), nei PS corrisponde un minore evitamento del danno, quindi più ottimismo e vigore, mentre nei controlli corrisponde una maggiore timidezza, quale espressione di un freno caratteriale.

CONCLUSIONI

Nel presente lavoro si è considerato che, essendo la cute una parte del nostro corpo, essa possa avere delle relazioni e/o riflettere delle modalità psicologiche individuali che trovano una loro espressione sulla pelle.

I conflitti e le tensioni psicologiche attivate da situazioni od eventi stressanti, i quali sono tali non solo per la loro natura ma anche per l'interpretazione loro attribuita, ed associate alla violazione delle aspettative, possono attivare e/o mantenere una particolare sensibilità psico-biologica verso la patologia dermatologica, aggravata probabilmente dalla difficoltà ad esprimere i propri stati d'animo e sentimenti o dal (mal riuscito) tentativo di controllo degli stessi. Al riguardo, sono interessanti i dati di un recente studio di Schmid-Ott et al. (26), in cui si è osservato che lo stress provocato in laboratorio, attraverso la modulazione neuroendocrina delle funzioni immunitarie, ha indotto un peggioramento della psoriasi. I soggetti con psoriasi hanno evidenziato un'augmentata risposta del sistema nervoso autonomo ed una diminuita attività dell'asse ipofisi surrenale; inoltre, il trattamento con PUVA ha interferito positivamente con la risposta fisiologica allo stress acuto e sulle cellule NK.

Ciò appare molto interessante poiché se consideriamo che nella psoriasi si verifica un elevato *turn-over* cellulare e quindi un elevato consumo di energia, sorprende come la luce solare o l'utilizzo di frequenze specifiche nonché alcune sostanze possano determinare un miglioramento della patologia cutanea ripristi-

nando il carico energetico e/o riattivando le strutture enzimatiche carenti necessarie allo smaltimento di metaboliti o attivanti il lineare funzionamento del sistema immunitario.

Tornando al presente studio, mentre da un lato si è riusciti a documentare la percezione ad intensità maggiore degli eventi stressanti nel gruppo sperimentale, è risultato più difficile evidenziare un tipo di personalità peculiare e ben definita tra i soggetti affetti da dermatopatia; tuttavia si sono potute riscontrare negli psoriasici alcune caratteristiche psicologiche interessanti, come la presenza di ostilità ed una maggiore impulsività e curiosità, un minore autocontrollo verbale delle emozioni e minori preoccupazioni di malattia, maggiori caratteristiche alexitimiche, nonché una diversa percezione di sintomi somatici.

I risultati ottenuti non hanno messo in luce differenze significative nel "tratto" alexitimia, e ciò porterebbe a considerare: a) che l'alexitimia non sia strettamente associata alla dermatopatia ma rappresenterebbe una "tendenza" alexitimica; b) che vi sia un rapporto tra aspetti alexitimici ed eventi stressanti; c) che l'interpretazione cognitiva dell'evento stressante rappresenti l'elemento portante in funzione soprattutto di una diversa sensibilità e della difficoltà a descrivere e controllare le emozioni.

L'interpretazione dei risultati andrebbe effettuata tenendo conto delle teorie (24) che hanno descritto le tre componenti delle emozioni: 1) la dimensione neuro-fisiologica (sistema nervoso centrale, autonomo, sistema ormonale); 2) la componente espressiva-comportamentale (espressione mimica facciale, voce, postura); 3) la dimensione cognitiva (consapevolezza e coscienza degli stati emotivi) poiché tutti e tre i sistemi sono interagenti ed implicati nella espressione delle emozioni, risentendo a loro volta della componente sociale; negli alexitimici sarebbe compromessa la dimensione cognitiva (24).

L'elevata attivazione noradrenergica nei soggetti con psoriasi (26) non risulterebbe coerente con il costrutto di personalità di Cloninger relativo ad una maggiore ricerca delle novità riscontrato nel nostro campione.

L'osservazione di tre componenti fattoriali riconducibili in ultima analisi a un fattore estroversione, un fattore introversione, ed un terzo fattore inibizione-distacco (nevroticismo?) ripropone una visione tridimensionale della personalità; inoltre, ci fa osservare che la componente evitamento del danno del TPQ e l'Emotional Inhibition Scale consentono di raccogliere informazioni non determinabili dagli altri strumenti di misurazione utilizzati, e che la TAS e l'EIS pur misurando entrambe aspetti inibitori misurino due componenti espressive

differenti. Ciò sarebbe anche in accordo con quanto affermato da Kellner (12) sulle caratteristiche psicometriche dell'EIS, quale strumento in grado di evidenziare un punteggio elevato all'inibizione emotiva in pazienti nevrotici e/o con problemi psichiatrici.

In conclusione, i dermatopatici risentono maggiormente degli eventi stressanti rispetto i controlli senza tuttavia presentare delle differenze nel grado di *distress* psico-fisico ad eccezione di una maggiore ostilità dei pazienti con psoriasi; ciò farebbe supporre una diversa interpretazione dell'evento oltre che una superiore difficoltà ad esprimere sensazioni, emozioni e sentimenti, il tutto potrebbe riverberarsi nel comparto dermico. Negli psoriasici gli eventi stressanti correlano positivamente con la TAS-20, la dissimulazione dei sentimenti e la timidezza, invece negativamente con la preoccupazione per la salute; tali aspetti contrasterebbero con gli alopecici in cui si osserva un maggiore autocontrollo connesso agli eventi stressanti, mentre i soggetti di controllo evidenziano una relazione positiva fra evento stressante, TAS-20 e timore di malattia, ed una correlazione negativa con l'autocontrollo, ciò verosimilmente in rapporto ad una maggiore capacità di esprimere il proprio disagio. Gli aspetti indicati potrebbero essere i fattori attivanti i rispettivi sistemi neuroimmunormonali sottostanti l'espressività della patologia dermatologica che nei soggetti con psoriasi sarebbe, come già rilevato da altri Autori, connessa all'ostilità ma, come emerge nel nostro lavoro, associata ad un minore autocontrollo verbale, alla dissimulazione dei sentimenti, ad una maggiore curiosità e impulsività ed alla difficoltà ad identificare i sintomi somatici quale fonte di potenziale pericolo.

Indubbiamente la mancanza di un disagio psicologico manifesto può dipendere sia dalle caratteristiche peculiari dei soggetti che dall'essere seguiti dalla struttura ospedaliera, anche se l'utilizzo di strumenti già adoperati in precedenti studi, nonché la presenza di scale sintomatologiche e di personalità riducono la variabilità dei risultati.

Ovviamente necessitano ulteriori indagini ed adeguati strumenti di misurazione non solo per raggiungere una maggiore comprensione della patologia dermatologica ma soprattutto per la rilevanza pratica connessa alla presenza dei vari aspetti psicologici nel determinare l'eventuale insorgenza, decorso e trattamento dei disturbi dermatologici.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano il dr. Piero Porcelli, la sig.ra Angela Aguzzoni ed il personale del reparto di Dermatologia

e Grandi Ustioni dell'Ospedale "M. Bufalini" di Cesena che con la loro collaborazione hanno reso possibile la realizzazione dello studio.

BIBLIOGRAFIA

1. Fava GA, Perini G, Santonastaso P, Veller Fornasa C. Life events and psychological distress in dermatologic disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology*, 1980, 53, 277-282
2. Taylor DE, Buckwalter KC: Coping with Psoriasis and its psychological consequences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1988, 2, 40-47.
3. Panconesi E, Lo stress, le emozioni e la pelle, Masson, Milano, 1988.
4. Baldaro B, Brociani G, Bossi G, Offidani AM, Novelli N, Ferri A. M.: Psoriasi: incidenza di eventi stressanti nei sei mesi precedenti la comparsa della malattia, *Medicina Psicosomatica*, 1989, 34, 47-51.
5. De Vanna M, Vidoni D, Tabogi S: Valutazione della componente alexitimica in alcune patologie dermatologiche, *Medicina Psicosomatica*, 1989, 34, 91-99.
6. Biondi M, La psicosomatica nella pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992.
7. Harvima IT, Viinamäki H, Naukkarinen A, Paukkonen K, Neittaanmäki H, Harvima RJ, Hormsmanheimo M. Association of cutaneous mast cells and sensory nerves with psychic stress in psoriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1993, 60, 168-176.
8. Perini G, Zara M, Cipriani R, Carraro C, Preti A, Gava F, Coghi P, Peserico A. Imipramine in alopecia areata. *Psychotherapy and psychosomatics*, 1994, 61, 195-198.
9. Tosti A, Fanti PA, Cameli N. Aspetti anatomo-patologici dell'alopecia areata. *Dermatologia Clinica*, 1995, 3-4, 3-5.
10. Rubino A, Sonnino A, Pezzarossa B, Ciani N, Bassi R: Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis, *Psychological Reports*, 1995, 77, 547-553.
11. Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 1962, 10, 799-812.
12. Kellner R: Abridged manual of the Emotional Inhibition Scale. Albuquerque, University of New Mexico, 1986.
13. Peterson RA, Reiss S: Anxiety Sensitivity Index Revised Test Manual. Worthington, Ohio. International diagnostic service, 1992.
14. Marks IM: Social Situation Questionnaire. Behavioral Psychotherapy, Wright, Bristol, 1986.
15. Kellner R: Abridged manual of the Brief Problem List. Albuquerque, University of New Mexico, 1986.
16. Paykel ES: The Clinical Interview for Depression. *Journal of Affective Disorders*, 1985, 9, 85-96.
17. Cloninger CR: A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Development*, 1986, 3, 167-226.
18. Kellner R: Abridged manual of the Symptom Questionnaire. Albuquerque, University of New Mexico, 1983.
19. Kellner R: Abridged manual of Illness Attitude Scale. Albuquerque, University of New Mexico, Mineographed 1981.
20. Taylor GJ, Doody K: Verbal Measures of Alexithymia: What Do They Measure, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, 43, 32-37.
21. Lykestos GC, Stratigos J, Tawil G, Psaras M: Hostile personality characteristics dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria,

Aspetti psicologici in soggetti affetti da psoriasi e alopecia areata

- psoriasis and alopecia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, 44, 122-131.
22. Baldaro B, Bossi G, Brocchi G, Offidani AM: Osservazioni psicometriche in un gruppo di pazienti psoriasici: uno studio controllato. *Medicina Psicosomatica*, 1984, 29, 457-466.
 23. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: The alexithymia construct a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 1991, 32, 153-164.
 24. Taylor GJ: The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, X, 1994, 61-74.
 25. Dalle Chiaie R: *Alexitimia e patologia somatica funzionale*, Liviana, Napoli, 1993.
 26. Schmid-Ott G, Jacobs R, Jager B: Stress-induced endocrine and immunological changes in psoriasis patients and healthy controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1998, 67, 37-42.