

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
BICOCCA

Facoltà di Psicologia
Corso di laurea di primo livello in Scienze della
Comunicazione



**Misurazione del disagio psicologico in
frequenti dermopatie mediante test
psicometrici**

Relatore: Prof. Marcello Gallucci

Tesi di laurea
Rita Pizzini
Matricola 064293

Conteggio parole: 75.219
Anno accademico 2006-2007

INDICE

ABSTRACT	4
INTRODUZIONE	5
Capitolo 1	
1. La bellezza	6
1.1 <i>Il concetto di bellezza nel tempo</i>	7
1.2 <i>Relazione della bellezza con atteggiamenti e stereotipi</i>	9
1.3 <i>Patologie che ledono la cute</i>	10
2. La pelle	10
2.1 <i>La pelle come specchio dell'anima</i>	12
Capitolo 2	
1. Vitiligine	14
2. Psoriasi	15
2.1 <i>Aspetti psico-sociali e socio-economici della psoriasi: uno studio</i>	16
3. Acne	17
3.1 <i>“Acne e Psiche”: alcuni studi psicologici</i>	18
Capitolo 3	
1. La ricerca	20
1.1 <i>Autostima e concetto di sé</i>	21
2. I metodi	22
test esplicito e test implicito	

Capitolo 4: Test esplicito	
1. Svolgimento della ricerca	26
1.1 <i>Autostima</i>	26
1.2 <i>Interazione sociale</i>	29
1.3 <i>Abitudini personali</i>	32
2. Conclusioni	34
2.1 <i>Autostima</i>	34
2.2 <i>Interazione sociale</i>	34
2.3 <i>Abitudini personali</i>	36
Capitolo 5: Test implicito	
1. Svolgimento della ricerca	37
2. Conclusioni	39
Capitolo 6	
1. Conclusioni generali	40
Bibliografia	42
Appendice: TEST ESPLICITO pazienti	43
Ringraziamenti	47

ABSTRACT

L'obiettivo del mio lavoro è testare se alcune malattie della pelle provocano nell'individuo affetto un disagio psicologico, che può essere causato dalle lesioni visibili sul corpo. Il problema cutaneo può danneggiare sia l'autostima del paziente che il rapporto con altre persone, siano esse estranee o familiari. Ho quindi somministrato un test ad un gruppo di persone che soffrono di *acne*, *psoriasi* o *vitiligine*, per verificare se tale mia supposizione poteva essere confermata.

Per poter trovare soggetti disposti a rispondere alle mie domande, ho chiesto la collaborazione dell' "Associazione Nazionale Tutela del malato di Psoriasi e Vitiligine". Attraverso il forum messo a disposizione dall'Associazione sono riuscita a contattare numerosi volontari affetti da una dermatopatia che hanno partecipato alla mia ricerca. Queste persone provengono da tutta Italia e hanno compilato il mio test on-line direttamente da casa loro o dal loro ufficio.

I risultati che ho ottenuto con il mio lavoro sono particolarmente incoraggianti, e aiutano a capire come la comunicazione sia fondamentale per affrontare una malattia che può danneggiare più la psiche che la salute.

INTRODUZIONE

L'aspetto fisico ha un peso notevole nella società moderna. Nel corso dei secoli la bellezza ha rivestito un ruolo importante nella quasi totalità dei rapporti interpersonali e sociali; ai giorni nostri tale ruolo è stato ancor più enfatizzato dalla diffusione dei mass media e dalla commercializzazione della bellezza.

Esiste in questa società una tendenza all'omologazione, attuata rispettando certi canoni utopici che portano gli individui a conformarsi ad una regola generale di attrattività. Così possono nascere pregiudizi e discriminazioni verso colui che differisce dalla normale visione che il mondo occidentale ha creato.

Il primo giudizio semplice e affrettato che facciamo di una persona è basato sul suo aspetto fisico, e spesso desumiamo da questo alcune caratteristiche del carattere. Può capitare di trattare una persona in maniera differente rispetto ai nostri soliti modi solo perché notiamo in essa alcune particolarità che non ci appartengono. Questo comportamento della collettività può quindi condizionare l'opinione che un individuo ha di sé stesso, incrinando la sua autostima e il suo comportamento con le altre persone.

Date le molteplici situazioni che si potrebbero analizzare, ho voluto soffermarmi su alcune malattie cutanee che provocano una lesione, più o meno evidente, in grado di provocare danni psicologici a coloro che ne soffrono.

Scopo della mia ricerca è quindi analizzare quanto l'insorgenza di alcune malattie della pelle possa aver influenzato l'autostima della persona affetta e il suo rapporto con la società.

PRIMO CAPITOLO

1. La bellezza

Negli ultimi anni la concezione del corpo, dal punto di vista culturale e psicologico, è profondamente cambiata. La sua rivalutazione ha proceduto di pari passo con i mutamenti dei modelli di comportamento; di tale processo è possibile distinguere fasi differenti.

Negli anni '70, periodo della contestazione, si sono diffusi nella società orientamenti e valori ideali; la conseguenza è stata che il corpo viene negato dalla predominanza della mente, luogo di produzione delle idee, e materialmente emarginato (come è stato possibile osservare dall'abbigliamento *over-size*, dalla moda di portare barba e capelli lunghi e, per le donne, dall'assenza quasi totale del trucco).

Negli anni '80, con l'avvento dei valori che esaltano la persona, il corpo ha assunto un ruolo importante nella società. E' il momento del trionfo dell'immagine sia come strumento di comunicazione sia come filosofia di comportamento. Si è sviluppato e affermato il mito del *look*, dell'apparire; il corpo diviene oggetto di cura e di culto, strumento deputato a diffondere la propria interiorità e le proprie opinioni sul mondo.

Con l'avvento degli anni '90, invece, il corpo ha cominciato a vivere una dimensione più esistenziale che sociale, nella quale l'idea di benessere individuale prevale su quella di bellezza socialmente e culturalmente definita. L'ultimo decennio, infatti, ha portato in auge la cultura dello spirito: l'interiorità tende gradualmente a prevalere sull'esteriorità, fondata su valori etici e spirituali.

Alla luce di tutte queste considerazioni, la stessa pratica quotidiana della cura personale del corpo subisce una radicale trasformazione e si trasferisce dal versante estetico a quello più propriamente esistenziale.

Se oggi vogliamo parlare di bellezza e di aspetto esteriore come valori sognati e perseguiti, dobbiamo farlo tenendo conto di queste considerazioni.

1.1 Il concetto di bellezza nel tempo

Nel corso dei secoli si sono succedute mode diverse; il concetto di bellezza ha quindi subito svariate modificazioni, fino ad arrivare alla concezione attuale della cultura occidentale che determina l'adozione, spesso inconsapevole ed acritica, di un modello di riferimento "ideale" di bellezza, caratterizzato da canoni rigidi e immutabili. Da notare è che un modello culturale così rigido rispetto alla bellezza si può tradurre in criticismo e prese in giro, che determinano un indebolimento dell'autostima e/o un'esigenza di ipercontrollo.

Nel mondo occidentale contemporaneo, in cui i modelli di riferimento sono attori, modelle, uomini d'affari di successo, anche la più piccola imperfezione estetica può essere vissuta come una menomazione deturpante in grado di peggiorare la qualità della vita di una persona.

Ma che cos'è la bellezza? Si trova negli occhi di chi guarda, quindi è soggettiva, o è ancorata a canoni classici di cui finiamo per essere schiavi? Si può asserire che non esiste una definizione esaustiva di bellezza secondo regole e canoni universali, ma, fin dall'antichità, si è cercato di trovare una risposta a tali interrogativi, tentando di definire e canonizzare la bellezza. Persino il grande filosofo Platone si interessò a tale argomento e formulò il principio secondo cui l'uomo, finito ed imperfetto, cerca di tradurre nella bellezza quella parte del proprio spirito che appaga il desiderio d'immortalità e d'infinità (Vita, 2004). Furono i greci (e in particolare Fidia, scultore ateniese del V secolo a. C., a cui dobbiamo la progettazione del Partenone) i primi a ritenere che la bellezza ideale - espressione del divino - fosse semplificabile da una formula matematica e a definire la proporzione 1: 1.618 (detta "rapporto aureo"), meglio nota come ϕ e battezzata "la misura degli dei". Fu Euclide, genio della geometria, a scoprire che il segreto della bellezza della natura era nelle sue costanti proporzioni "perfette" di 1: 1.618, come confermano gli innumerevoli esempi presenti in natura. Gli antichi furono rapidi nell'applicare quelle "proporzioni divine" all'arte. Se si confrontano per esempio i volti di migliaia di statue antiche, si può notare che questi sono quasi identici: una somiglianza spiegata con l'obbedienza allo stesso modello estetico, perfettamente proporzionato, e adottato più o meno tacitamente per tutta la storia dell'arte occidentale. Persino Leonardo da Vinci, secondo i più attenti, si sarebbe ispirato al rapporto aureo sia nella forma del viso della Gioconda che nella posizione del collo e delle mani.

Nel corso della storia il concetto di bellezza è andato cambiando ed ha subito svariate modificazioni. Tra le diverse culture vi sono grandi differenze riguardo a quali caratteristiche fisiche siano da considerarsi attraenti. In alcune società, per esempio, nelle donne si apprezza la snellezza, mentre in altre viene preferita una decisa pienezza di forme; ne consegue che le definizioni di avvenenza fisica sono determinate culturalmente. Ogni individuo nasce in una particolare cultura e da questa eredita un preciso insieme di idee condivise riguardo alla natura della realtà; tra queste, la definizione di giusto e sbagliato, di cosa è bello e attraente e di ciò che al contrario non lo è (Richardson, Taylor, 1983). La bellezza fisica sta diventando sempre più importante nella nostra società e l'interesse per l'aspetto personale è testimoniato dalla crescente attenzione rivolta a pratiche come la dieta, l'attività fisica e, più recentemente, anche la chirurgia estetica.

La bellezza è definita come una caratteristica del corpo di un individuo, che può essere considerata indipendente dalle altre che rendono una persona apprezzabile, come l'intelligenza, il carattere o lo spirito. Il punto di vista secondo cui l'avvenenza fisica può essere considerata un aspetto indipendente dalle altre caratteristiche individuali è comunque un pensiero relativamente moderno. Come ritiene Marwick (1988), un simile atteggiamento nei riguardi della bellezza fisica si è sviluppato nell'Occidente durante la rivoluzione culturale degli anni '60 e trova le sue radici nella tradizione dell'Illuminismo. Fino ad allora l'idea classica di bellezza è stata confusa con ogni genere di tabù, pregiudizi e convinzioni religiose e l'avvenenza è stata avvicinata alla verità e alla bontà morale. Le persone belle, per esempio, erano viste come virtuose e sincere, mentre la bruttezza era spesso posta alla pari dell'inaffidabilità e della scarsa sincerità. Il punto di vista moderno riconosce invece lo stato autonomo di quest'ultima, che non si esplica soltanto ad un livello superficiale, ma è connessa in modo innato all'identità di una persona. Infatti, assumendo un atteggiamento verso il nostro aspetto fisico, noi integriamo le esperienze legate all'apparenza con la nostra vita e pertanto rendiamo queste esperienze parte della nostra "identità personale".

1.2 Relazione della bellezza con atteggiamenti e stereotipi

Per quanto riguarda l'ambito psicologico, nel corso degli ultimi decenni, alcune ricerche di pertinenza psico-sociale (Downs, Lyons, 1991; Chaiken, 1987; Insko, 1981) si sono indirizzate verso lo studio degli aspetti collegati al concetto di bellezza. L'interesse è stato rivolto ad analizzare l'influenza esercitata dall'avvenenza fisica su varie dimensioni psicologiche individuali.

Diverse ricerche (Breckler,1984; Zanna,Rampel,1988) hanno pertanto sottolineato l'importanza che le componenti affettive, cognitive e comportamentali rivestono nella formazione della personalità, delle motivazioni e della rappresentazione che un individuo ha di sé (Breckler,1984).

L'aspetto fisico influenza le impressioni che gli altri producono su di noi; del resto esso è il primo, e spesso unico, indizio a nostra disposizione per capire chi è una persona.

Partendo da tale prospettiva, alcuni studi (Snyder, Tanke, Berscheid, 1997; Feingold, 1992; Eagly, Makhijani, 1991) hanno analizzato il ruolo della bellezza nella formazione delle impressioni, delle valutazioni, dei giudizi, delle opinioni e degli atteggiamenti negli individui.

Nelle società occidentali è molto diffusa l'idea che le persone belle siano più piacevoli, gentili, sensibili e socievoli delle persone che lo sono meno. La bellezza fisica suscita un'ampia gamma di aspettative, come per esempio il pensiero che "ciò che è bello è anche buono" (Dion, Berscheid, Walster, 1972). Ci si aspetta che le persone molto attraenti siano più interessanti, cordiali, estroverse e socialmente dotate delle persone meno attraenti (Eagly, Makhijani, 1991; Feingold,1992).

Secondo quanto è stato rilevato da Benson e collaboratori (1976), le persone fisicamente attraenti hanno maggiori probabilità, rispetto a chi lo è meno, di ricevere aiuto da sconosciuti. Persino nei tribunali le persone avvenenti sembrano cavarsela meglio di quelle che non lo sono; per i reati minori infatti, per gli imputati più attraenti vengono fissate cauzioni più basse (Downs, Lyons, 1991) e, qualora vengano condannati, le loro pene sono più miti (Stewart, 1985).

1.3 Patologie che ledono la cute

Quest'ampia premessa è stata necessaria per mostrare quanto nella società contemporanea sia influente l'aspetto fisico, sia per quanto riguarda l'autostima personale, che le relazioni quotidiane.

Esistono alcune malattie della pelle che possono provocare delle alterazioni visibili e che possono danneggiare l'autostima di chi ne è affetto. La mia tesi è quindi incentrata su 3 malattie particolari: l'**acne**, la **vitiligine** e la **psoriasi**.

Le prime due non provocano dolore, ma possono creare disagi a livello psicologico¹. Questo dipende in misura maggiore dal carattere della persona e dalla sua età; soprattutto durante l'adolescenza, quando il carattere si sta formando, i ragazzi sono più suscettibili ai cambiamenti, e ai giudizi che essi provocano. Quindi l'essere affetti da una di queste malattie può abbassare la stima che la persona ha di sé e danneggiare le interazioni sociali.

2. La pelle

La pelle assume un ruolo fondamentale nel processo di formazione della personalità poiché permette al bambino di riconoscere il confine tra il proprio corpo e quello altrui, grazie al tatto e alla sensazione di toccare e di esser toccato. L'importanza della superficie cutanea, dell'aspetto esteriore e del loro eventuale danneggiamento in caso di malattia riconduce alla complessa influenza che l'immagine di ognuno esercita nell'ambito delle interazioni umane. In effetti gli altri ci guardano, ci osservano e, in alcuni casi, cercano di imitarci; all'interno dei rapporti interpersonali, per inviare messaggi e per riceverne, ognuno entra in contatto con il mondo esterno attraverso la propria immagine esteriore adeguandosi ai modelli estetici correnti.

La cute rappresenta l'organo più esteso del corpo umano, con una superficie nell'adulto di circa 2 m². Dalla nostra pelle si sviluppa il concetto di "Io", che dagli albori della vita ci invia continui messaggi sensoriali che ci permettono di discriminare puntualmente il mondo esterno da quello interno. Il senso tattile è il

¹ Per un'analisi dettagliata delle dermatopatie cfr. ivi pp. 14-18.

primo senso dell'Io corporeo che appare alla coscienza infantile nella strutturazione del Sé, è un senso di vicinanza, che richiede un contatto diretto, al contrario della vista, senso di lontananza. Il codice visivo fa sì che possa esserci un rapporto interpersonale a distanza, quello tattile consente rapporti diretti grazie al "toccare". Il senso tattile è l'unico dei sensi a struttura riflessiva: quando si tocca un oggetto o una persona si ha la sensazione sia di toccare che di essere toccati. All'inizio siamo ciò che tocchiamo, ma in seguito impariamo a distinguere sempre più nettamente il soggetto dell'esperienza dall'oggetto esperito.

La pelle non è solo il confine della nostra sfera individuale che ci separa inesorabilmente dal mondo esterno; essa è anche quel medium altamente sensibile che ci permette di entrarvi in contatto per realizzare quegli scambi indispensabili ad ogni processo vitale. In quanto organo visibile, rappresenta quindi un importante codice relazionale per l'individuo, poiché è in grado di ricevere segnali e di comunicarli all'esterno. Ad esempio alcuni semplici contenuti psichici come paura, vergogna, ansia o disagio, si esprimono sulla cute con segni visibili quali il rossore, il pallore, la piloerezione o il prurito. Sono infatti divenuti di uso comune alcuni modi di dire come "avere i nervi a fior di pelle", "non stare nella pelle", "amici per la pelle", "antipatia/simpatia a pelle". Questi esprimono in senso figurato sentimenti o sensazioni interne all'individuo, con riferimento ad un organo esterno.

In chiave psicosomatica, l'analogia Io-pelle rende noto della spiegazione di certi disturbi cutanei, in quanto rappresentazioni simboliche di situazioni che non possono essere adeguatamente espresse dall'Io. La cute si presta quindi a funzionare come una pellicola su cui vengono impressionati i diversi contenuti mentali inconsci e, contemporaneamente, come lo schermo su cui vengono proiettati gli stessi per rendersi visibili a tutti gli "interessati". Numerose condizioni emotive si imprimono ed esprimono dunque su di essa, nei modi, nelle forme e nei colori più svariati.

La pelle è luogo di espressione di conflitti psichici relativi all'esibizionismo, alle pulsioni narcisistiche, all'immagine del sé (piacere, paura, vergogna, bellezza, bruttezza) che proprio sulla cute diventano somaticamente visibili. Come organo di superficie la cute appartiene al versante somatico, come organo di

comunicazione-relazione fa parte invece del versante psichico, sociale e simbolico.



Figura 1 Funzioni del sistema cutaneo

Il ruolo relazionale della pelle è quindi caratterizzato da una forte valenza estetica e sessuale. L'immagine esteriore di un soggetto è fortemente determinata dalle caratteristiche cutanee. Una pelle sana e curata rende l'aspetto gradevole e facilita le relazioni interpersonali, mentre alcune malattie dermatologiche, che alterano in modo significativo l'aspetto della persona, come acne, psoriasi, vitiligine ecc., possono evocare una sensazione di repulsione e di timore di contagio. Una patologia cutanea sfigurante può sfociare nel rifiuto e nella disapprovazione sociale, che possono provocare nell'individuo serie difficoltà relazionali nell'ambito socio-lavorativo.

2.1 La pelle come specchio dell'anima

Si possono generare una serie di considerazioni riguardo al rapporto tra la pelle e il mondo interiore dell'uomo. In Occidente tutta una cultura filosofica ha correlato l'insorgenza e il decorso di una malattia cutanea ad una turba psichica. Esempi significativi sono Platone, che vedeva il corpo come prigionia dell'anima, e Cartesio, che ha evidenziato come il corpo e l'anima fossero due "sostanze" dotate di reciproca influenza. Nel pensiero Orientale le due entità sono considerate così unite da non doverne nemmeno sottolineare il reciproco rapporto.

La pelle è contemporaneamente, quale superficie avvolgente del corpo, organo di separazione/confine e struttura di comunicazione con il mondo esterno. Inoltre appare sede preferenziale di mutamenti somatici correlati a contenuti soggettivi psicologici, quali ad esempio il rossore, il pallore o il prurito. Per la psicologia moderna, in particolare per quella a orientamento psicodinamico, il contatto tra la cute materna e la cute del neonato (fase simbiotica) è fattore determinante per lo sviluppo psichico del bambino e quindi per le dinamiche emotivo-affettive-cognitive e per la costruzione dell' "immagine" del corpo e quindi della personalità. Come abbiamo visto sopra, il neonato riceve i primi messaggi di rassicurazione e gratificazione attraverso il tatto, e inizia a conoscere il mondo mediante il contatto con gli oggetti, come fa notare Piaget² nella prima fase nello sviluppo cognitivo del bambino. Nella concezione psicoanalitica, la pelle, sia dell'adulto che del bambino, è vista come valvola di scarico attraverso l'insorgenza di manifestazioni eruttive: l'ansia o lo stress possono ad esempio essere canalizzate sulla pelle.

² Psicologo del '900 famoso soprattutto per la sua teoria delle fasi di sviluppo cognitivo del bambino.

SECONDO CAPITOLO

1. Vitiligine

La **vitiligine** appare come un disordine della pelle relativamente comune (circa l'1% della popolazione è colpita da questa malattia), a causa del quale appaiono sulla cute delle chiazze bianche. Queste macchie sono dovute alla distruzione delle cellule pigmentanti. La vitiligine è nota da sempre: la troviamo negli scritti di Erodoto³, dove si legge che “coloro che avevano peccato contro il Sole avevano le macchie bianche e dovevano essere allontanati” e in alcune parti della Bibbia (Levitico 13,2). Chi contrae la vitiligine è affetto solo da un mutamento del colore della pelle, infatti i tessuti e tutte le altre caratteristiche della stessa rimangono normali; inoltre è importante sottolineare che la vitiligine non provoca dolore. Ci sono molte teorie circa la causa di questa malattia, nessuna di esse è però certa. Gli esperti credono che alla base del disturbo ci sia una suscettibilità alla vitiligine o una predisposizione genetica in più di un terzo dei casi. Nella maggior parte delle situazioni si ritiene che la vitiligine sia un disordine autoimmune (in questi tipi di disordine il nostro sistema immunitario reagisce contro gli organi o tessuti del corpo e produce anticorpi che li danneggiano). Nel caso della vitiligine il sistema immunitario avverte le cellule pigmentanti come corpi estranei all'organismo e le attacca. Si crede che stress, eventi traumatici e gravi scottature del sole possano attivare o enfatizzare la vitiligine nelle persone predisposte. Le persone che sviluppano vitiligine notano inizialmente chiazze bianche o punti di depigmentazione sulla pelle. La cute rimane con lo stesso tessuto e normalmente non ci sono altri sintomi associati. Queste chiazze sono più visibili nelle aree esposte al sole, inclusi i piedi, le mani, le gambe, la faccia e le labbra. Altre parti comunemente affette dalla malattia sono i gomiti, il contorno occhi, il contorno labbra, i genitali. La vitiligine normalmente appare in tre tipologie: nella prima (focale) la depigmentazione è localizzata in una o più piccole aree, nella vitiligine segmentale le persone hanno depigmentazione solo su un lato del corpo, nella vitiligine generalizzata la depigmentazione avviene in varie parti del corpo, spesso

³ Storico greco famoso per aver descritto paesi e persone da lui conosciute in numerosi viaggi.

in maniera simmetrica. In aggiunta a queste aree depigmentate, molte persone evidenziano un imbiancamento dei peli cresciuti nelle aree depigmentate (anche capelli, barba, ciglia e sopracciglia). E' importante sottolineare che la VITILIGINE NON E' ASSOLUTAMENTE CONTAGIOSA. Il corso e la gravità della vitiligine sono diversi da persona a persona. In molti casi la vitiligine si sviluppa in piccole aree. Col passare del tempo alcune macchie possono ampliarsi ed altre possono apparire. Molte persone hanno notato che la loro vitiligine è rimasta tale per anni ed improvvisamente è aumentata, in nuove aree. Spesso questa dermatopatia ha una progressione lenta, ma non si può dire se la propria vitiligine progredirà o si stabilizzerà in futuro. Alcuni pazienti hanno notato una repigmentazione spontanea di alcune aree.

Ad oggi non ci sono certezze sulla progressione o regressione della malattia nei pazienti affetti.

2. Psoriasi

La **psoriasi** è una delle malattie della pelle descritta dai tempi più antichi: a parte alcune rappresentazioni ritrovate in papiri egiziani, essa è abbastanza chiaramente riconoscibile in alcune pagine della Bibbia (Levitino - Libro di Giobbe) e una sua descrizione sufficientemente accurata si ritrova nel Corpus Hippocraticum edito ad Alessandria circa un secolo dopo la morte di Ippocrate (460-377 a.C.). La psoriasi è una malattia cutanea cronica non contagiosa ad eziologia ancora sconosciuta, tipicamente caratterizzata da zone di pelle arrossata, ispessita, ricoperta da squame argentee. L'estensione della malattia può variare da aree localizzate di modeste dimensioni, fino al coinvolgimento di tutta la superficie corporea. Possono essere colpite anche le articolazioni, le unghie e le mucose. Si caratterizza da un'aumentata attività mitotica epidermica (aumentato turnover cellulare). Le varianti cliniche sono numerose. L'evoluzione è imprevedibile e spontaneamente subisce riacutizzazioni, miglioramenti e talvolta anche persistenti remissioni. Si ritiene che vari fattori siano in grado di determinare l'inizio dell'eruzione, potendo così parlare di fattori scatenanti: traumi, farmaci, infezioni, fattori emotivi, etilismo e fumo, fattori ormonali, fattori ambientali e disordini

metabolici. Molte ricerche hanno inoltre valutato la predisposizione genetica ad ammalarsi di psoriasi. La percentuale degli individui affetti da una qualche forma clinica di questa malattia è stimata intorno al 2-3%; inoltre è particolarmente presente nelle nazioni del Nord Europa, specie nella penisola Scandinava, dove colpisce circa il 4,8% della popolazione. La psoriasi si può configurare come una reazione esercitata dall'organismo di fronte a stimoli della natura più varia che tendono ad estrinsecarsi verso il piano cutaneo e, in soggetti predisposti, fattori psichici possono rappresentare degli stimoli validi a produrre la reazione psoriasica. Stress psicosociali possono infatti creare, in talune circostanze, le condizioni per l'insorgere della patologia. La psoriasi è caratterizzata da due forme differenti: volgare e invertita. Quest'ultima è la psoriasi delle pieghe, che si contrappone alla psoriasi volgare, caratterizzata da una topografia eminentemente estensoria.

2.1 Aspetti psico-sociali e socio-economici della psoriasi: uno studio

La psoriasi, con la sua elevata prevalenza in tutte le nazioni occidentali, il suo andamento cronico, la comparsa in età giovanile, la possibilità di presentare un andamento grave ed inabilitante, deve essere considerata una malattia sociale, non soltanto per il forte impatto psicologico ed economico a livello individuale, ma soprattutto per la sua seria importanza socio-economica a livello collettivo. Dal punto di vista individuale è evidente che la malattia può significativamente incidere sulla vita di relazione, sul piano affettivo, lavorativo ed economico, specialmente quando essa insorge in giovane età, particolarmente nel sesso femminile, quando presenta caratteri di sensibile gravità o si localizza alle sedi visibili. Secondo Ginsburg e Link⁴, in uno studio eseguito in modo scientificamente corretto sul vissuto di "aver la psoriasi" e di sentirsi stigmatizzati e respinti dagli altri, con conseguente impatto sul lavoro, sull'abuso di alcol, sul ricorso a cure psichiatriche, il 19% degli psoriasici aveva avuto almeno 50 importanti episodi di rigetto, la maggior parte nell'ambiente lavorativo, ma spesso anche a scuola, dal parrucchiere, in palestra, in piscina ecc.. Gli episodi o le sensazioni di repulsione da parte degli altri portano spesso a seri problemi di

⁴ Ginsburg IH, Link Bg. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patient. Int J Dermatol 1993; 32: 587-91.

adattamento nell'ambito lavorativo ed affettivo, che in molti casi possono inconsapevolmente condurre all'alcolismo.

A questo proposito uno studio di Melotti et al⁵ su di un'ampia casistica ha dimostrato negli psoriasici cronici di sesso maschile, controllati con una parallela popolazione di non-psoriasici, che il consumo di alcool è mediamente assai al di sopra di quello dei controlli, e che aumenta progressivamente con la gravità e forse la durata della malattia, mentre inizialmente non appare superiore a quello delle persone sane. Questi dati segnalano come l'alcolismo non sia una causa della psoriasi, ma piuttosto una sua conseguenza. Questo studio, insieme a molti altri che ho esaminato, mostra un sentimento generale di disagio provocato dalla malattia, che in questo caso si manifesta attraverso l'abuso di alcol da parte dei pazienti psoriasici.

3. Acne

L'**acne**, nei suoi molteplici aspetti clinici, ha sicuramente avuto un rilievo notevole all'interno di tutte le società nel corso dei secoli, tanto che testimonianze di questa malattia sono già ampiamente documentate fin dall'epoca greco-romana e nell'antico Egitto. Secondo Ippocrate (460-377 a.C.), forse il più famoso medico e maestro dell'antica Grecia, il termine "acne" stava ad indicare un'eruzione cutanea del volto, che compariva insieme alla prima barba; questo sottolinea lo straordinario acume clinico di quei tempi che già correlava l'acne alla pubertà. Con il termine acne ci si riferisce ad una malattia della pelle caratterizzata da un processo infiammatorio delle unità follicolo-sebacee, cioè del follicolo pilifero e della ghiandola sebacea annessa, che si estrinseca clinicamente con aspetti polimorfici. Nelle prime fasi questa patologia è caratterizzata da manifestazioni non infiammatorie, denominate comedoni; secondariamente possono comparire lesioni di tipo infiammatorio come papule, pustole e noduli. Studi condotti nell'ultimo decennio hanno evidenziato come l'acne interessi praticamente tutte le età, differenziandosi in acne neonatale, infantile, volgare o adolescenziale, e

⁵ Melotti E., Hepeisen SM, Polenghi MM. Consumo di alcool e psoriasi.

dell'adulto. Questa malattia è sicuramente molto diffusa nella società contemporanea, e riguarda specialmente l'età adolescenziale. La patologia ha infatti un forte impatto sociale, e interessa un numero straordinariamente alto di individui di entrambi i sessi, con percentuali che variano dal 27,7% tra i 10 e i 12 anni, fino al 93,3% tra i 16 e i 18 anni (dati rilevati da studi dermatologici). Le manifestazioni si localizzano prevalentemente sul volto e sulla parte superiore del tronco, anche se non è raro il riscontro di tali lesioni sul collo. La patologia è stata classificata con tre livelli differenti: acne lieve, acne moderata e acne severa. La prima può regredire senza lasciare segni, ma nella maggior parte delle forme di grado moderato-severo possono permanere esiti pigmentari e cicatrici; per questo motivo ciascuno di questi 3 tipi di acne necessita di un trattamento specifico. La manifestazione della malattia è dovuta a differenti cause: fattori genetici, ormonali e batterici, mentre nessuna relazione è provata con gli alimenti (salumi, dolci ecc.).

3.1 “Acne e Psiche”: alcuni studi psicologici

I rapporti tra acne e psiche hanno avuto largo spazio in letteratura; vale dunque la pena esaminare alcune osservazioni reperibili nella vastissima produzione esistente.

E' da molto tempo che si conoscono i problemi psicologici legati all'acne se nel 1948 due dermatologi Sulzberger e Zalders scrivevano “ Non c'è un'altra malattia che causi trauma psicologico, disagio a giovani e ai loro genitori, insicurezza, senso di inferiorità e sofferenza psichica in modo così significativo come l'Acne Vulgaris”.

Uno studio fatto negli anni '80 ha individuato il profilo tipico dell'individuo affetto da acne. Durante la ricerca è stato sottoposto un test a un gruppo di acneici e un altro ad gruppo di controllo, e si è verificato che le risposte del primo gruppo erano notevolmente uniformi e ben diverse da quelle dell'altro gruppo investigato. Gli acneici hanno dimostrato una scarsa forza dell'Io, rivelandosi insicuri e poco tolleranti alle frustrazioni dell'ambiente. Sono preoccupati di non essere sufficientemente integrati nel gruppo, e spesso evidenziano una notevole inibizione affettiva.

Oggi l'attenzione verso l'aspetto psicologico del problema è ancora più elevata. Tutti sanno che le lesioni sul volto di un giovane possono provocare condizioni di vita anche fortemente condizionanti lo sviluppo della psiche. In un ragazzo colpito da acne possono quindi manifestarsi molti disagi emotivi che interagiscono tra loro, come situazioni di imbarazzo e disagio sociale, tendenza all'emarginazione, riduzione dell'autostima, perdita di immagine e senso di frustrazione. Tuttavia a fronte di questi problemi nella sfera emotiva e sociale è importante ricordare che oggi esistono strumenti per intervenire; è necessario affidarsi alle cure di un dermatologo che può prescrivere farmaci in grado di curare l'acne anche nelle sue forme più gravi e aiutare il paziente a superare il disagio psichico provocato dalla malattia.

TERZO CAPITOLO

1. La ricerca

Data l'importanza dell'aspetto fisico nella società odierna, ho deciso di verificare se queste dermopatie avessero delle influenze sull'autostima e sul rapporto sociale delle persone affette. Lo studio da me effettuato ha previsto la somministrazione di un test on-line, suddiviso in due livelli di indagine: il primo, di valore esplicito, è caratterizzato da domande distribuite in sottogruppi che riguardano l'autostima, il rapporto interpersonale delle persone affette da uno dei disturbi, il cambiamento dei loro atteggiamenti ecc., mentre il secondo, di livello implicito, fa uso della tecnica dell'associazione di parole per misurare una predisposizione implicita verso determinati atteggiamenti. Il livello esplicito è stato quindi misurato con un questionario di tipo tradizionale, mentre quello implicito con nuove tecniche di misurazione basate sulla velocità di risposta ad alcuni stimoli.

Questo test è stato sottoposto ad un gruppo di persone affette da una delle tre malattie sopra menzionate; in seguito sono stati cambiati alcuni parametri relativi alla patologia per poter somministrare il test ad un gruppo di controllo. Quest'ultimo è indispensabile per confrontare le risposte dei soggetti che si stanno studiando; è quindi fondamentale che i due gruppi abbiano caratteristiche simili. Per ricercare soggetti affetti da una di queste dermopatie, mi sono rivolta al coordinatore responsabile dell' "Associazione Nazionale Tutela del malato di Psoriasi e Vitiligine"(AS.N.P.V)⁶, il signor Toraldo Alessandro. L'Associazione dispone di un forum on-line, attraverso il quale è stato possibile contattare alcuni soci che hanno compilato il mio test. L'intervento di queste persone è stato indispensabile per poter compiere le mie analisi. Per quanto riguarda l'acne, ho invece contattato un altro gruppo di persone, reperite attraverso conoscenze personali.

Il gruppo di controllo è stato selezionato in seguito, in base ad alcune caratteristiche tipiche del gruppo preso in esame, essenzialmente l'età e il sesso.

⁶ L'AS.N.P.V. onlus è un'associazione di volontariato senza fini di lucro che si occupa della tutela del malato di psoriasi e vitiligine più rappresentativa del territorio nazionale (www.asnpv.it).

1.1 Autostima e concetto di sé

L'autostima, che è stata analizzata sia a livello esplicito che a livello implicito per entrambi i gruppi, è un concetto ampiamente utilizzato nel linguaggio popolare ed in psicologia. Esso si riferisce al senso individuale del valore o dell'apprezzamento di sé o a quanto una persona valuta, approva, apprezza, dà valore e ama sé stessa (Blascovich, Tomaka, 1991). In psicologia, la più comune e più frequentemente definizione di autostima è quella di Rosenberg (1965), che la descrive come un atteggiamento favorevole o sfavorevole verso sé stessi. L'autostima, che rappresenta soltanto una delle componenti del concetto di sé, è definita da Rosenberg come "la totalità delle opinioni e dei sentimenti che hanno sé stessi come oggetto".

Accanto ad essa, l'autoefficacia e l'autoidentità sono parti importanti del concetto di sé. Una coerente impressione di sé stessi si compone di due elementi: il concetto di sé, cioè quello che sappiamo di noi stessi, e l'autostima, cioè ciò che proviamo nei confronti di noi stessi. Fra le più efficaci e maggiormente utilizzate misure dell'autostima troviamo la *scala di autostima* di Rosenberg (1965). Essa fu inizialmente usata per rilevare i sentimenti globali di auto-valore o di auto-accettazione negli adolescenti ed è generalmente considerata lo standard con il quale sono messe a confronto le altre misurazioni di autostima.

Per alcuni individui l'autovalutazione e l'autoaccettazione sono condizionate dall'autostima del corpo nel corso della vita. E' quindi possibile che le lesioni provocate da una dermatopatia possano influenzare la concezione e la valutazione che una persona ha di sé stessa.

2. I metodi

Test esplicito

Il test esplicito riguarda una serie di domande che implicano una scala da 1 a 5 di risposta. 1 corrisponde a “per nulla”, 3 a “mediamente” e 5 a “moltissimo”.⁷

Il primo blocco di domande previste per il gruppo di pazienti riguarda *l'autostima generale, l'autostima sociale e l'aspetto fisico*. Una valida definizione di autostima è contenuta negli scritti di Coopersmith⁸: “Il termine autostima si riferisce alla valutazione che l'individuo dà di sé stesso e di solito conserva nel tempo; essa esprime un atteggiamento di approvazione o di disapprovazione e indica la misura in cui la persona si ritiene capace, affermata e meritevole”.

Il secondo blocco di item invece è basato sull'influenza che la malattia può avere nei confronti dei *genitori, dei figli, del partner, dei colleghi, degli amici e di sconosciuti*. Le interazioni e le relazioni che le persone instaurano possono contribuire a modificare la concezione di sé. Ho quindi voluto verificare se tali rapporti possano aumentare o diminuire il disagio arrecato ad un individuo da una di queste dermopatie.

Il terzo blocco, riservato esclusivamente al gruppo dei pazienti, è caratterizzato da item che riguardano il comportamento di questi ultimi in diversi ambiti, come ad esempio al mare, in piscina, dal barbiere o al ristorante. Ho pensato che alcuni soggetti potrebbero provare imbarazzo in una situazione a stretto contatto con estranei, come da un parrucchiere, o in luogo in cui l'aspetto fisico è continuamente sotto osservazione, come in spiaggia. Ho quindi posto loro delle domande per verificare se ci fosse un'incidenza significativa tra la loro malattia e le loro abitudini.

Questo test è poi stato somministrato al gruppo di controllo, con delle dovute variazioni: è stato eliminato l'ultimo blocco di item, che si riferisce al disagio provocato nel frequentare determinati ambienti, ed è stato modificato il secondo blocco, nel quale non comparivano più domande riguardanti l'influenza della patologia ma riguardanti i difetti estetici.

Una volta che i due campioni hanno raggiunto un numero simile e significativo, ho potuto analizzare i risultati mediante l'utilizzo di un programma statistico. I

⁷ Si veda in appendice a pagina 43 il test esplicito somministrato al gruppo di pazienti.

⁸ Psicologo e studioso del '900, noto a causa dei suoi lavori riguardo all'autostima.

dati sono stati esaminati con una statistica descrittiva e un'ANOVA univariata: il primo metodo mi ha consentito di verificare la differenza tra le medie dei due campioni, mentre il secondo mi ha permesso di vedere se il test effettuato fosse significativo⁹.

Test implicito

È risaputo che non sempre le persone esprimono chiaramente il proprio parere, e si sospetta che talvolta nemmeno lo conoscano chiaramente. I test impliciti si sono rivelati un metodo capace di dimostrare le divergenze tra opinioni consapevoli e opinioni non consapevoli in modo molto più marcato di quanto è stato possibile fare con i metodi precedenti. Questo nuovo criterio si chiama Implicit Association Test (Test d'Associazione Implicita) o, più semplicemente, IAT. Lo IAT è stato originariamente sviluppato come strumento per esplorare le radici inconscie del pensiero e del sentimento.

Molti anni fa, Fedor Dostoevskij¹⁰ ha scritto: *“Ogni uomo ha reminiscenze che non svelerebbe a nessuno se non ai suoi amici. Ha inoltre altre questioni nella sua mente che non direbbe neanche ai suoi amici, ma solo a sé stesso, ed in segreto. Ma ci sono altre questioni che l'uomo ha paura di rivelare anche a sé stesso, ed ogni uomo corretto ne conserva una rilevante quantità nella sua mente.”* Questa citazione di Dostoyevskiy cattura due concetti che lo IAT ci aiuta ad indagare. Primo, possiamo non avere intenzione di condividere i nostri atteggiamenti privati con altre persone. Secondo, possiamo non essere consapevoli di alcuni dei nostri stessi atteggiamenti. I risultati di questo test possono includere entrambe le componenti di controllo e consapevolezza. La struttura del test implicito è basata su un algoritmo che restituisce dei punteggi, che si rifanno ai tempi di reazione. Questa procedura è stata sviluppata da Anthony Greenwald¹¹.

⁹ Il test F è significativo quando la probabilità p è minore di 0.05. Se il test risulta significativo, si può dedurre che esiste una differenza fra le medie dei gruppi. Se il test non è significativo, non possiamo rifiutare l'ipotesi nulla e concludiamo che non c'è evidenza sufficiente per dire che esiste una differenza fra le medie dei gruppi

¹⁰ Scrittore e filosofo russo. È considerato uno dei più grandi romanzieri russi dell'Ottocento.

¹¹ Professore universitario americano ideatore dello IAT. Visitando il sito <http://faculty.washington.edu/agg/index.htm>, è possibile analizzare i lavori che il docente ha realizzato mediante la tecnica dell'associazione implicita e acquisire maggiori informazioni riguardo al funzionamento del test.

Il test di associazione implicita è così strutturato: vengono presentate inizialmente due categorie di parole, ad esempio pronomi personali di prima persona e pronomi personali di terza persona sulla schermata di un computer, contraddistinti da un'etichetta. Il compito del soggetto è quello di categorizzare i pronomi che gli vengono presentati, cliccando sulla lettera E della tastiera per scegliere l'etichetta "IO" o sul tasto I per scegliere l'etichetta "ALTRI" .

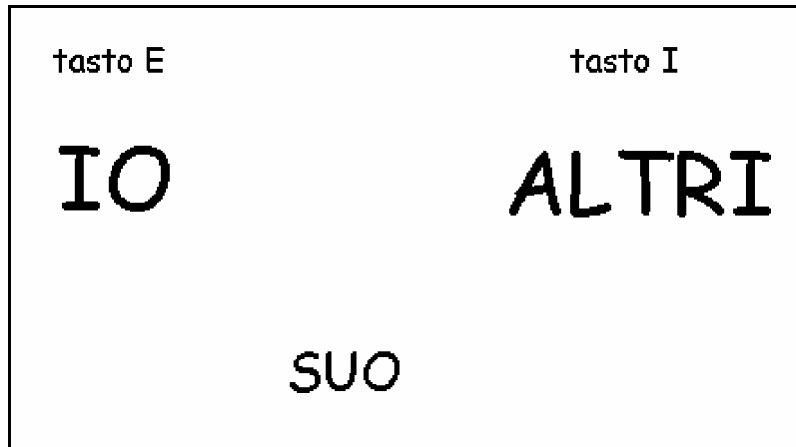


Figura 2 Schermata IAT

Nel caso sopra riportato, il soggetto dovrà premere il più velocemente possibile il tasto I, per associare il pronome "SUO" all'etichetta "ALTRI". Lo IAT si basa sui tempi di risposta: più il tempo di associazione è ampio, più ci sarà divergenza nella categorizzazione.

Successivamente vengono aggiunte altre due categorie di parole, come nel esempio sottostante.



Figura 3 Schermata IAT

Anche in questo caso il soggetto deve decidere dove dirigere la parola che gli viene presentata, nel minor tempo possibile. Dovrà quindi pigiare il tasto “E” per categorizzare la parola nell’insieme “POSITIVO”. Le categorie poi vengono invertite: “IO” verrà associato con “NEGATIVO” e “ALTRI” con “POSITIVO”. Se i tempi di reazione variano rispetto al compito precedente, significa che il soggetto fa più fatica ad associare sé stesso a caratteristiche negative, o gli altri a caratteristiche positive.

Lo IAT presente nel mio test è suddiviso in due parti: nella prima, a dimensione generale, il soggetto deve fare un’associazione tra due gruppi di pronomi personali (quelli riferiti al sé e quelli riferiti agli altri) e due gruppi di sostantivi (alcuni si riferiscono a sensazioni positive, altri a negative). Vengono quindi associati i pronomi in prima persona con i sostantivi positivi, e i pronomi in terza persona con quelli negativi, come nell’esempio precedente. In seguito le coppie vengono invertite, cosicché ora i sostantivi negativi sono associati ai pronomi in prima persona, mentre i sostantivi positivi a quelli in terza persona. Scopo dello IAT è verificare se i soggetti associano le cose positive a sé stessi e quelle negative agli altri, o viceversa. La seconda parte del test implicito riguarda invece la dimensione dermatologica. I pattern sono ancora le coppie di pronomi, che ora vengono associate a sostantivi che raffigurano vestiti o a sinonimi della parola “pelle”. Obiettivo di questo secondo blocco è stimare quanto il concetto di sé viene associato al termine “pelle” o a vocaboli equivalenti.

QUARTO CAPITOLO: *test esplicito*

1. Svolgimento della ricerca

Una volta raccolti i risultati dei test, si possono analizzare con SPSS¹², un programma appositamente utilizzato per esaminare i dati in maniera statistica, in grado di creare grafici e statistiche descrittive.

1.1 Autostima

Il primo blocco di item riguarda l'autostima, e più specificatamente l'autostima generale, l'autostima sociale e l'aspetto fisico.

Per quanto riguarda *l'autostima generale*, i soggetti che presentano una delle 3 malattie da me analizzate risultano mediamente soddisfatti di sé stessi, pensano di avere delle buone qualità e di essere in grado di fare le cose bene come la maggior parte delle persone. Quando si chiede loro se pensano di essere una persona di valore tanto quanto gli altri, la maggior parte del gruppo risponde in maniera più che affermativa (punteggio da 0 a 5, media 4.13). Segno questo che fa dedurre che il cambiamento fisico accorso in seguito alla malattia non ha modificato il valore di autostima dalla persona.

¹² Software programmato per l'analisi di dati (per una descrizione dettagliata visitare il sito www.spss.it).

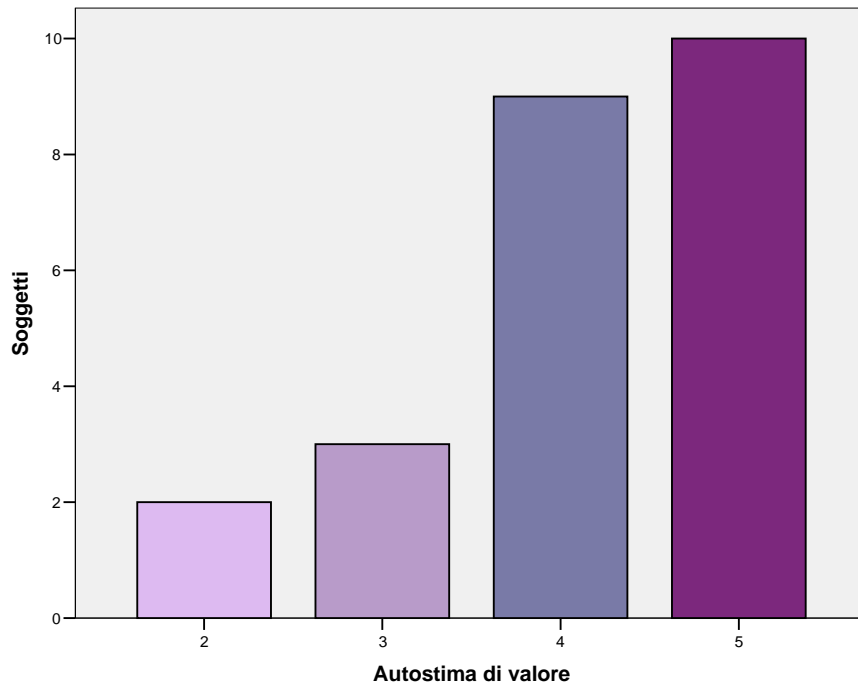


Figura 4: “Ti senti una persona di valore tanto quanto gli altri?”
1= per nulla 3= mediamente 5= moltissimo

Non si sentono dei buoni a nulla e sono orgogliosi di sé stessi; questi individui hanno quindi un atteggiamento positivo verso di sé. La loro autostima generale non sembra quindi essere stata intaccata dall'insorgenza della malattia. Mettendo a confronto questi dati con quelli del gruppo di controllo, si può notare come la differenza tra le medie non sia significativa. Conclusione che evidenzia che la patologia non influenza l'autostima generale dei soggetti.

Per quanto riguarda l'*autostima sociale*, il paziente generalmente si descrive come una persona non troppo timida, che non ha particolari problemi nell'interazione quotidiana. Si sente mediamente ammirato dalle persone dell'altro sesso e, ancora mediamente, pensa che la gente lo apprezzi per quello che è. Dai risultati non emerge un valore marcatamente positivo dell'autostima sociale, la maggior parte delle risposte è stata infatti la 3, nella media. Sicuramente gli individui affetti da una dermatopatia non si sentono particolarmente evitati o ignorati dalle altre persone, ma neanche eccessivamente ammirati. Confrontando questi dati con quelli del gruppo di controllo, si può notare come le medie siano molto simili; risultato che deriva dalla non significatività del test F per tutte le domande relative all'autostima sociale.

Anche i dati riguardanti l'aspetto fisico mostrano un profilo medio di risposta. Queste persone si sentono mediamente attraenti e il loro aspetto fisico li soddisfa (media 3.33), non si sentono brutti ma neanche troppo in forma.

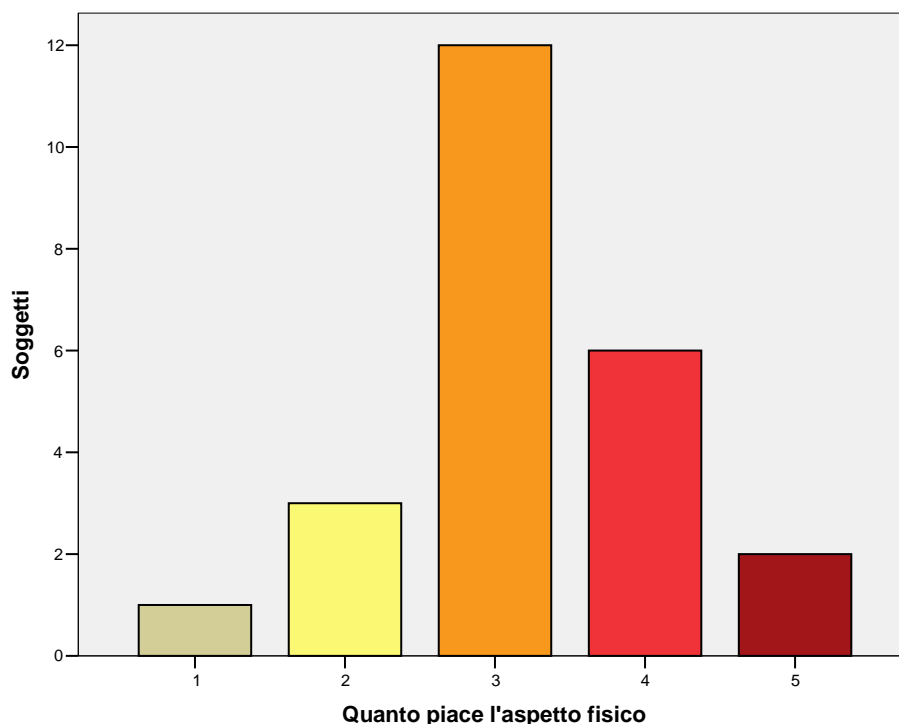


Figura 5: “Ti piace il tuo aspetto fisico?”

1= per nulla 3= mediamente 5= moltissimo

Quando però si chiede ai due gruppi se si sentono bene, il controllo risponde in maniera più positiva rispetto ai pazienti. Questa differenza è l'unica ad essere significativa, e quindi si può inferire all'intera popolazione.

Analizzando la tabella dell'ANOVA univariata, si nota che tutte tre le relazioni non sono significative: per l'autostima generale la F equivale ad un punteggio di 0.24 e la significatività è pari a 0.63, per l'autostima sociale la F è uguale a 0.33 e la significatività a 0.57. Infine il test effettuato sull'aspetto fisico mostra una F pari a 0.79 e una significatività di 0.38. Questo significa che il gruppo di controllo e il gruppo di pazienti hanno delle medie molto simili. Si può quindi concludere che le relazioni analizzate possano essere dovute al caso e non ad un effettivo coinvolgimento della malattia.

1.2 Interazione sociale

Ora consideriamo il secondo blocco di item, inerente all'influenza che la patologia ha sulla società.

Il confronto con il gruppo di controllo riguardo all'analisi delle medie mostra un risultato rappresentativo, soprattutto per quanto riguarda alcuni punti.

Alla domanda *“credi che le altre persone notino la tua patologia quando ti parlano”*, i pazienti mostrano una media più alta rispetto al gruppo di controllo. Il test è significativo ($F=7.92$, $p=0.007$), quindi le differenze non sono dovute al caso e si possono inferire a tutta la popolazione.

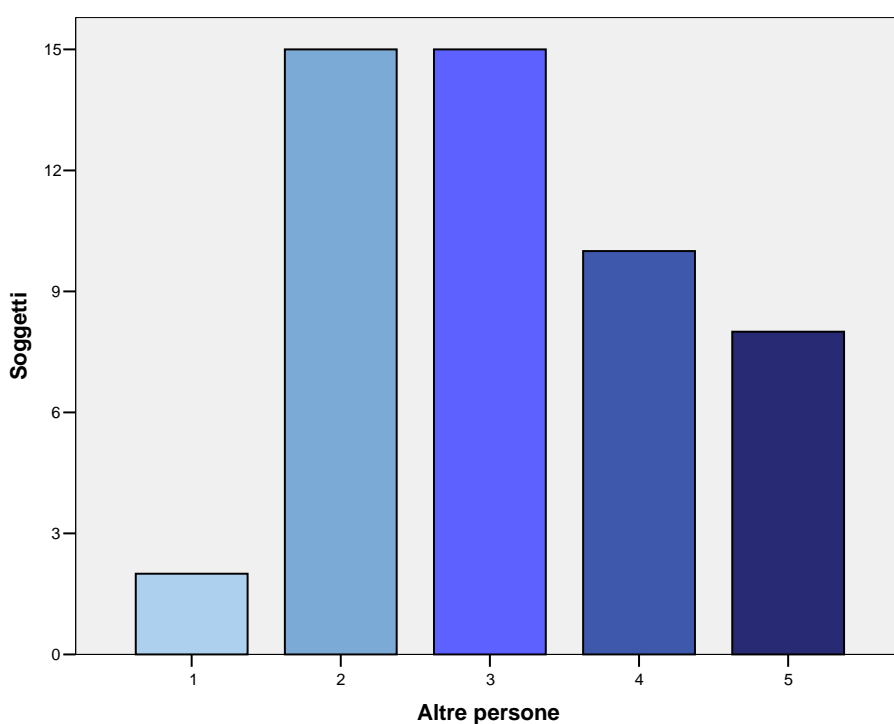


Figura 6: “Le altre persone notano la tua malattia quando ti parlano?”

1= per nulla 3= mediamente 5= moltissimo

Anche quando viene chiesto loro se sono propensi a pensare che gli altri notino la loro malattia quando solo al lavoro, questo gruppo ha una media più alta. Anche in questo caso il test è significativo ($F=9,18$, $p=0.004$). Dai dati analizzati sembra quindi che il gruppo di persone affetto da una delle 3 dermatopie abbia la convinzione che gli estranei notino al primo impatto il problema cutaneo, e di conseguenza quest'ultimi abbiamo un atteggiamento che, per certi versi, può discostarsi da quello che adotterebbero normalmente.

Invece sembra che i soggetti esaminati non si sentano a disagio in una nuova interazione con sconosciuti ($F=1.29$, $p=0.26$), e che non hanno difficoltà a fare nuovi amici ($F=0.00$, $p=0.96$). Non posso però rifiutare l'ipotesi che le medie siano uguali in base alla significatività dei dati. I pazienti inoltre credono che gli estranei notino la loro malattia quando camminano per strada: in questo caso la significatività del test è del 3% ($F=4.80$, $p=0.03$).

Da una veduta generale si può concludere che le persone affette da acne, psoriasi o vitiligine non si sentono a disagio nelle relazioni con estranei, ma credono che questi ultimi abbiano un comportamento differente rispetto alle normali interazioni a causa del problema cutaneo che li accompagna .

Quando invece si considerano gruppi di persone conosciute, i risultati cambiano radicalmente. Esaminando le risposte del gruppo di controllo e del gruppo di pazienti per quanto riguarda l'influenza che i difetti fisici/la patologia hanno sui *colleghi*, si può notare come non ci sia un netto scostamento dalla media, risultato che porta alla conclusione che le persone affette da una dermopatia non provano disagio e non si sentono sotto pressione nell'interazione con i colleghi. Infatti quando si chiede loro se il rapporto con i compagni di lavoro sia cambiato dopo l'insorgenza della malattia, la maggior parte risponde in maniera negativa: la mediana infatti risulta pari a 1, il che porta a concludere che più del 50% del gruppo ha scelto la risposta 1 (per nulla). Allo stesso modo il gruppo di controllo nega il fatto che i propri difetti fisici possano modificare il rapporto lavorativo ($F=0.12$, $p=0.65$). Anche i pazienti, dal canto loro, non hanno modificato il loro comportamento in questo contesto ($F=2.19$, $p=0.15$). Identica relazione è stata riscontrata anche quando si chiede loro se si sentono esclusi dai colleghi ($F=0.04$, $p=0.53$). Per quanto riguarda il confronto tra il gruppo di controllo e il gruppo di pazienti nella relazione con i colleghi, possiamo concludere che l'insorgenza della malattia non abbia influenzato il rapporto lavorativo.

Per quanto riguarda gli *amici* le medie tra il gruppo di controllo e il gruppo di pazienti risultano molto simili; questo porta a pensare che quando i pazienti interagiscono con individui conosciuti il fatto di avere la malattia non procura alcun problema. Dai dati esaminati con SPSS risulta infatti che il rapporto tra i pazienti e gli amici non si sia modificato dopo l'insorgenza della malattia: gli atteggiamenti reciproci sono rimasti gli stessi, ($F=1.69$, $p=0.20$).

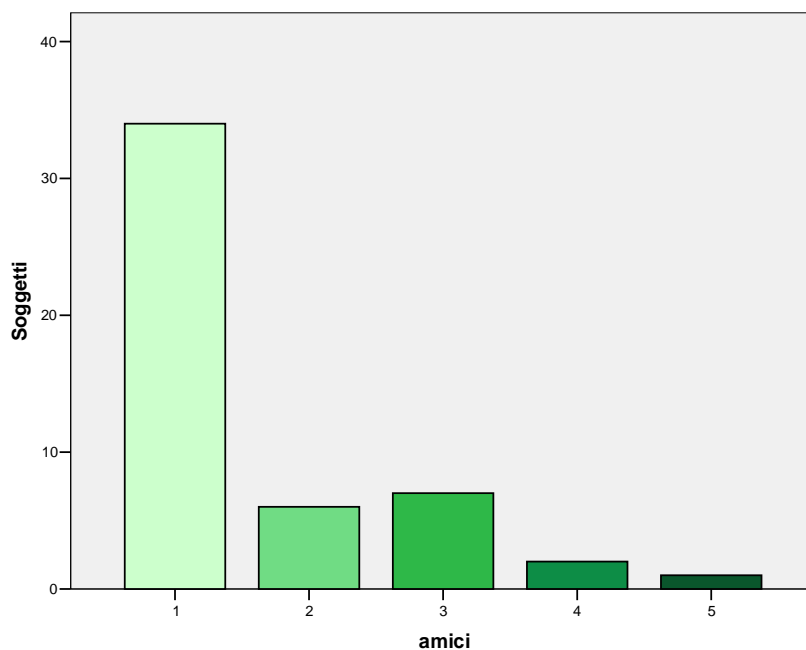


Figura 7: “In che misura è cambiato il rapporto con i tuoi amici dopo l’insorgenza della malattia?”

1= per nulla 3= mediamente 5= moltissimo

La stessa relazione si è presentata nel cambiamento reciproco di comportamento: sia il gruppo di controllo che il gruppo di pazienti sembra non aver modificato il proprio comportamento nei confronti degli amici ($F=3.02$, $p=0.09$). Sia il gruppo di controllo che il gruppo di pazienti non si sente escluso dai propri amici a causa dei difetti fisici o della malattia ($F=0.02$, $p=0.89$).

Sono state analizzate anche situazioni di interazione con i *familiari*, siano essi genitori o figli. Dalle analisi compiute sulle domande riguardo ai figli è emerso che la differenza tra le risposte non è significativa. Non si possono quindi fare inferenze sull’intera popolazione dal momento che la differenza tra le medie non è abbastanza ampia. Il rapporto con i figli non sembra essere cambiato a causa della malattia o dei difetti fisici ($F=0.00$, $p=1.00$), i comportamenti reciproci non sono variati ($F=0.20$, $p=0.67$), e gli individui non si sentono esclusi dai figli a causa della malattia/difetti fisici. ($F=0.40$, $p=0.55$). Infine è stato analizzato il rapporto tra i due gruppi e i *genitori*. Dai dati è emerso che 5 risposte su 6 sono significative. Il rapporto del gruppo di pazienti che quello con i genitori è variato in seguito all’insorgenza della malattia, risultato più che auspicabile e significativo ($F=5.05$, $p=0.03$). Quando cioè un figlio è malato, i genitori

modificano il loro comportamento, cercando di essere più premurosi e provando a sostenere il figlio. I genitori hanno quindi modificato il loro comportamento ($F=4.11$, $p=0.05$), e anche i due gruppi esaminati hanno variato i loro atteggiamenti nei confronti dei genitori ($F=5.95$, $p=0.02$). Le previsioni invece non cambiano quando si chiede ai soggetti quanto si sentano esclusi dai genitori: le medie sono molto simili e evidenziano un bassissimo livello di esclusione, quasi insignificante e, fortunatamente, non significativo ($F=0.04$, $p=0.84$).

Il rapporto con il *partner* è stato analizzato solo per il gruppo di pazienti, considerando le medie prodotte per ciascuna risposta. Non sembra che questo rapporto sia cambiato dopo l'insorgenza della malattia, anzi la maggior parte dei soggetti sottolinea un miglioramento di tale relazione, e si sente più vicino al proprio compagno rispetto a prima. Il comportamento del partner verso il paziente sembra essere lo stesso, questa relazione non sembra però essere reciproca. Dai dati analizzati emerge infatti che il paziente ha modificato, anche se non in maniera marcata, il proprio comportamento; tuttavia questo cambiamento non è stato negativo.

1.3 Abitudini personali

Il terzo blocco è stato riservato esclusivamente al gruppo di pazienti, ai quali si è chiesto se a causa della malattia avessero modificato alcune proprie abitudini, come ad esempio andare al mare, in piscina, dal barbiere o al ristorante. Sono state calcolate ed analizzate le medie di ciascuna affermazione.

Per quanto riguarda la frequentazione del *ristorante*, i soggetti hanno risposto che la dermatopatia ha variato leggermente le loro abitudini. Quando si chiede loro quanto la malattia abbia ostacolato la possibilità di andare al ristorante, la risposta è stata “mediamente”. Questo fastidio non sembra però dipendere da controindicazioni mediche, e neanche dal disagio psicologico, che è risultato minimo. I risultati della domanda sul *parrucchiere* sono per certi versi simili: la malattia ha ostacolato in maniera minima le abitudini degli individui intervistati. Anche se alcuni dicono di sentirsi a disagio in un contatto diretto con un estraneo, la maggior parte degli intervistati sembra non avere particolari problemi in questa specifica situazione. Risultati analoghi si riscontrano riguardo alle domande relative alla *piscina* o al *mare*: tutte le risposte dei soggetti evidenziano un disagio

minimo. Questi ultimi dati fanno pensare che le persone affette da una dermatopatia non si sentano a disagio nel frequentare luoghi in cui il loro aspetto fisico è ripetutamente esposto alla vista di più persone. Una ricerca più attenta dimostra però che il disagio può essere diverso da persona a persona. Come si può notare dal grafico sottostante, per alcuni soggetti il fatto di frequentare una spiaggia non crea alcun problema, mentre per altri il disagio è piuttosto accentuato.

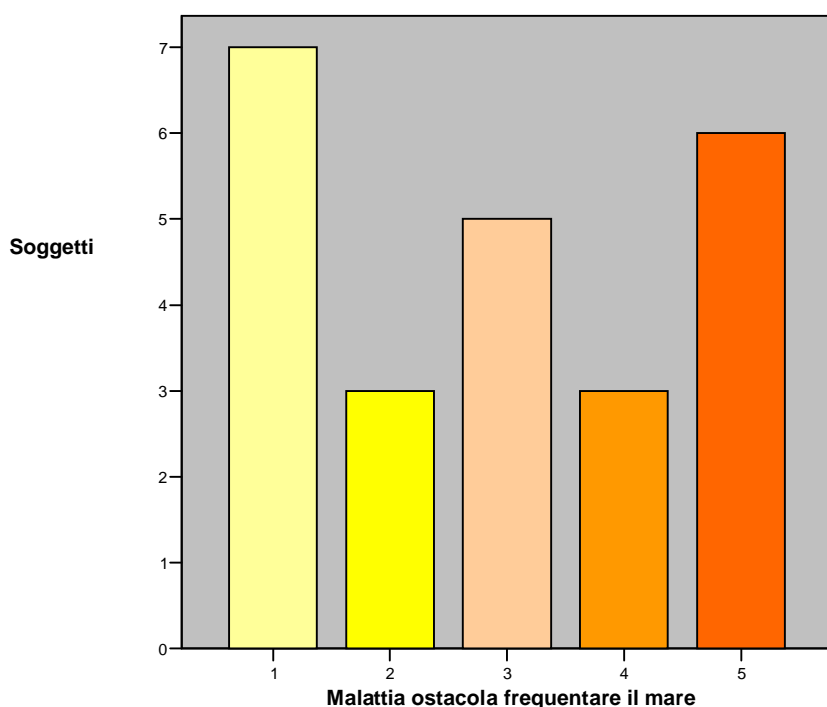


Figura 8: “In che misura la tua malattia ostacola la possibilità di andare al mare?”
1= per nulla 3= mediamente 5= moltissimo

Probabilmente la causa di questa disparità riguarda il tipo di malattia e la sua estensione sulla superficie cutanea, e da quanto tempo l'individuo ha la patologia. In molti casi infatti una persona si può abituare al suo aspetto fisico, e non fare più caso alle piccole o più estese differenze che lo contraddistinguono. Inoltre il disagio è sicuramente più accentuato nei giovani e negli adolescenti, che attraversano biologicamente un periodo di crisi, e quindi sono più soggetti a sentirsi in difficoltà a causa di una patologia epidermica.

2. Conclusioni

2.1 Autostima

In generale non sembra che l'autostima dei pazienti sia molto differente da quella del gruppo di controllo. Entrambi mostrano delle medie molto simili circa le risposte che hanno restituito; dato questo che dimostra che la malattia non dovrebbe procurare una caduta dell'autostima. Numerose ricerche hanno però dimostrato come il cambiamento della valutazione di sé dipenda dall'età del soggetto preso in esame. Come fa notare Eric Erikson¹³, il periodo della pubertà è caratterizzato dalla discrepanza tra un sé ideale e il sé reale. Se questa discrepanza è ampia, l'autostima del soggetto tenderà ad abbassarsi, e il disagio arrecato da qualsiasi difetto fisico verrà accentuato. Quindi individui più giovani potrebbero risentire maggiormente della presenza di una lesione cutanea rispetto alle persone adulte. Di sicuro è influente anche il grado della lesione: ovviamente più questo è alto più è probabile che l'individuo affetto sia infastidito o preoccupato dagli esiti della patologia. I risultati del mio studio però dimostrano che, in generale, l'autostima di un soggetto affetto da una dermopatia non viene influenzata dalla stessa.

2.2 Interazioni sociali

Con il secondo blocco ho analizzato l'influenza che la patologia potrebbe avere sul rapporto tra i pazienti e determinati gruppi di persone. Anche in questo caso i risultati sono stati messi a confronto con un gruppo di controllo, al quale però si chiedeva se i propri difetti fisici avessero modificato le proprie interazioni sociali. Iniziamo con delle considerazioni riguardo alla relazione con gli *estranei*. I dati analizzati ci fanno pensare che gli individui affetti da acne, psoriasi o vitiligine percepiscono un comportamento differente da parte degli estranei in particolari condizioni, come ad esempio quando camminano per strada, quando parlano con gente sconosciuta o quando sono al lavoro. Questo può essere dovuto al fatto che la loro particolare patologia presenta dei segni più o meno evidenti sulla cute, che possono destare l'attenzione di persone che non sono abituate ad osservarli

¹³ Erikson E., *Gioventù e crisi d'identità*, Tr. It. Armando, Roma, 1995.

frequentemente. D'altro canto però non possiamo essere certi che queste persone stiano facendo veramente caso alle lesioni: può essere solo una sensazione dei pazienti, che sono portati a credere che la loro dermatopatia susciti la curiosità degli estranei.

Per quanto riguarda l'interazione con i *colleghi*, l'analisi dei dati ha dimostrato come le medie siano simili per il gruppo di controllo e per il gruppo di colleghi, e quindi che la malattia non è un ostacolo nell'ambiente lavorativo. Stessa conclusione per la relazione con gli *amici*, nella quale si nota un medesimo comportamento per entrambi i gruppi esaminati. In famiglia le cose vanno per certi versi diversamente: se sono i *genitori* a presentare una particolare dermatopatia, il comportamento dei figli sarà molto simile rispetto a quello del gruppo di controllo, ossia rispetto al comportamento di un qualsiasi figlio con un genitore. Quando invece sono i *figli* a essere malati, le analisi dimostrano un effettivo cambiamento di comportamento da parte dei genitori. Questa modifica è stata sicuramente in positivo, cosa del tutto naturale se si pensa che un genitore, vedendo il figlio in difficoltà, tenda ad essere più attento e premuroso. Infine, per quanto riguarda il rapporto tra i pazienti e i loro *partner*, si può concludere che l'insorgenza di una dermatopatia abbia cambiato in un certo modo tale relazione. Dai dati infatti sembra che il paziente abbia modificato leggermente il proprio comportamento in seguito alla malattia, mentre il comportamento del partner è rimasto lo stesso. Inoltre molti soggetti hanno risposto che si sentono più vicino al loro compagno dopo l'insorgenza della malattia. Riassumendo le analisi nel mio studio sembra che il soggetto affetto da una dermatopatia non si senta a disagio nell'interazione con gente conosciuta; negli scambi con estranei sembra invece che abbia qualche lieve difficoltà.

2.3 Abitudini personali

Dai dati analizzati riguardo la frequentazione di determinati luoghi, è emerso che la malattia può provocare un disagio, anche se non accentuato, tra gli individui che ne soffrono. Sicuramente questo effetto è dovuto anche ad altri fattori come quelli già menzionati, come l'età del soggetto o lo stato della sua patologia. In questo caso non abbiamo avuto un gruppo di controllo con cui fare dei confronti, e ci siamo soffermati solo sulle medie del gruppo di pazienti. Individui giovani potrebbero sentirsi molto più a disagio rispetto alle persone adulte, perchè nel primo caso l'aspetto fisico è un valore molto sentito. Come ho già detto qualche riga sopra, l'autostima nel periodo giovanile viene compromessa dalla presenza di un sé ideale, solitamente molto distante da quello reale. Il disagio causato dalla malattia è quindi più sentito in individui che attraversano il periodo adolescenziale. Ecco perché mi sento di sostenere che il disagio psicologico provocato da una dermopatia sarà maggiore nelle persone giovani, a causa del periodo di crisi che devono affrontare data la loro età.

In conclusione potrei affermare che è l'effetto cumulativo di più fattori che può determinare un disturbo psicologico in un individuo, e non l'effetto di singolo agente.

QUINTO CAPITOLO: *test implicito*

1. Svolgimento della ricerca

La seconda parte del questionario, come ho detto qualche riga sopra, riguarda un test di associazione implicita, in cui il soggetto deve categorizzare delle parole in determinati gruppi, nel minor tempo possibile. Il punteggio generato da questo test dipende dal tempo di reazione: più il soggetto è lento nell'associazione, maggiore sarà la discrepanza tra i 2 concetti da categorizzare. Il test è stato suddiviso in 4 parti, come ho già spiegato. Riporto qui una sintesi dei vari passaggi:

- Inizialmente vengono formati due gruppi di concetti: il primo comprende pronomi/aggettivi personali di prima persona (IO, MIO, ME, ME STESSO, MI) e nomi/aggettivi positivi (PIACERE, PACE, ARCOBALENO, FELICE). Del secondo gruppo fanno parte pronomi/aggettivi personali di terza persona (ALTRO, ESSI, ALTRI, LORO, SUO) e nomi/aggettivi negativi (PAURA, GUERRA, AGONIA, DOLORE). In questa fase, come in tutte le altre, si chiede al soggetto di categorizzare la parola che gli viene proposta in base ai gruppi sopra elencati.¹⁴
- Successivamente i gruppi vengono invertiti, quindi i pronomi/aggettivi di prima persona sono stati accoppiati con nomi/aggettivi negativi, mentre i pronomi/aggettivi di terza persona con nomi/aggettivi positivi.
- Nella terza fase positivo e negativo cedono il posto al gruppo etichettato con il termine "pelle", che comprende CUTE, CARNAGIONE, CUTANEO, EPIDERMIDE e PELLE e al gruppo etichettato con "abiti" di cui fanno parte i termini VESTITI, ABITO, VESTIARIO, MAGLIA e CAPPOTTO. Il primo gruppo viene accoppiato con i pronomi/aggettivi di prima persona, mentre il secondo con quelli di terza.
- Infine vengono invertite anche queste categorie, cosicché i pronomi/aggettivi di prima persona saranno associati con il gruppo "abiti", mentre quelli di terza con il gruppo "pelle".

¹⁴ Per questo esempio si veda la schermata a pagina 24.

Di seguito mostro un esempio dello IAT che ho proposto a coloro che hanno risposto al mio test¹⁵.



Figura 9 Schermata IAT

La parola in basso deve essere categorizzata premendo il tasto E o il tasto I della tastiera. In questo caso il soggetto deve premere I nel minor tempo possibile. Successivamente verranno presentate altre parole inerenti ai pronomi/aggettivi personali di prima persona, ai pronomi/aggettivi personali di terza persona, a sinonimi del termine “pelle” e infine a sinonimi del termine “vestiti”.

Anche lo IAT, come il test di associazione esplicita, è stato sottoposto sia al gruppo di pazienti che al gruppo di controllo, di modo che si potesse fare un confronto per determinare se la dermatopatia avesse influenzato l’autostima della persona affetta.

Le prime due fasi di questo IAT sono relative alla percezione di sé. Analizzando i dati tramite il test dell’ANOVA, si può osservare come le medie tra il gruppo di pazienti e il gruppo di controllo non siano differenti ($F=0.37$, $p=0.54$). In questo caso quindi le associazioni del gruppo di controllo risultano molto simili a quelle

¹⁵ Questa schermata fa parte della terza fase.

fatte dal gruppo di pazienti; dato questo che mi porta a concludere che il disagio provocato dalla patologia, misurato a livello implicito, è insignificante.

I dati delle ultime due fasi si riferiscono invece all'associazione che il soggetto può fare riguardo alla pelle. Anche in questo caso le medie dei due gruppi non risultano diverse ($F=0.40$, $p=0.65$). Sorprendentemente i pazienti non sembrano provare disagio nell'associare a sé stessi i termini relativi alla pelle; infatti nella categorizzazione si comportano esattamente come il gruppo di controllo.

2. Conclusioni

Il test basato sul livello implicito ci ha fornito dei risultati sicuramente positivi e, dal mio punto di vista, notevolmente sorprendenti. I risultati delle due fasi hanno dimostrato che il soggetto affetto da una dermatopatia ha un punteggio non differente da quello di un soggetto del gruppo di controllo. Questa constatazione porta a concludere che, anche a livello implicito, il paziente non sembra sentirsi a disagio a causa del suo problema, e la sua autostima non è stata intaccata dall'insorgenza della malattia.

SESTO CAPITOLO

1. Conclusioni generali

I risultati del mio studio dimostrano come, sia a livello esplicito che a livello implicito, i soggetti affetti da acne, psoriasi o vitiligine non abbiano particolari problemi nella vita di tutti i giorni a causa della loro patologia. Certo questa constatazione dipende da molti fattori, come il grado della dermatopatia, il carattere e l'età dell'individuo, la situazione familiare e sociale. Forse ci si poteva aspettare un risultato diverso, almeno a livello implicito. Numerosi studi psicodermatologici¹⁶ hanno infatti evidenziato come la presenza di una particolare lesione sulla pelle possa determinare una caduta dell'autostima e un danneggiamento dei rapporti sociali.

Il fatto che il mio studio non presenti questi risultati ha una sua logica. I soggetti che ho intervistato fanno tutti parte, come ho già detto, dell'*Associazione Nazionale Tutela del malato di Psoriasi e Vitiligine*. Tutte queste persone sono quindi più che consapevoli del proprio problema, ne discutono quotidianamente sul forum messo loro a disposizione, si aiutano e si chiedono consigli; non hanno quindi timore nell'espone i propri problemi e nel rapportarsi con persone sconosciute. Questa consapevolezza è alla base delle loro risposte: il fatto che non si sentano particolarmente a disagio nelle varie relazioni quotidiane è frutto della coscienza acquisita grazie allo scambio reciproco delle discussioni. Ciò che ho appena detto viene ulteriormente confermato dal test implicito, nel quale nessuno può "barare". Effettivamente le risposte dei soggetti da me intervistati non differiscono da quelle del gruppo di controllo, la qual cosa dimostra quindi che la dermatopatia non procura un forte disagio. Non si può però generalizzare questa conclusione a tutti gli individui affetti da queste particolari patologie. Forse una persona che non riesce a esporre il proprio problema o a parlarne con altri non avrebbe dato le stesse risposte. Ecco quindi come un forum e un'associazione che tutela il malato possono assumere un'importanza strategica per quest'ultimo.

¹⁶ Vedi "Acne e Psiche": alcuni studi psicologici pagina 18-19.

Un ambiente di discussione aperto a chiunque abbia bisogno è sicuramente un mezzo fondamentale per rapportarsi con persone che soffrono degli stessi disturbi, per confrontarsi e per assumere consapevolezza del proprio problema.

BIBLIOGRAFIA

- Panconesi E., 1988, *Lo stress, le emozioni e la pelle*, Masson, Milano
- Bracken B. A., 1992, *TMA – Test di valutazione dell'autostima*, Erickson, Trento
- Torello M. Lotti, 2000, *La vitiligine*, UTET, Milano
- Torello M. Lotti, 1999, *La Psoriasi*, UTET, Milano
- Torello M. Lotti, 2002, *L'acne*, UTET, Milano
- Finzi Aldo, 1994, *La Psoriasi*, Monografie Dermatologiche, Firenze
- Orlandelli E., Garcovich A., Satta M.A., 2002, *Malattie cutanee e psicogenesi*, Società Editrice Universo, Roma
- Schaffer H.R., 2005, *Psicologia dello sviluppo. Un'introduzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Appendice: TEST ESPLICITO pazienti¹⁷

AUTOSTIMA

1. Complessivamente sono soddisfatto di me stesso
2. A volte penso di essere un buono a nulla
3. Mi sembra di avere molte buone qualità
4. Sono in grado di fare le cose bene come la maggior parte delle persone
5. Mi pare di non avere molto di cui essere orgoglioso
6. A volte mi sembra di essere totalmente inutile
7. Sento di essere una persona di valore almeno tanto quanto gli altri
8. Vorrei avere più rispetto per me stesso
9. Tutto sommato sono incline a pensare di essere un fallito
10. Ho un atteggiamento positivo verso me stesso
11. Di solito con me ci si diverte molto
12. La gente non sembra molto interessata a parlare con me
13. Sono troppo timido
14. Piaccio alla maggior parte della gente
15. Gli altri mi evitano
16. La maggior parte della gente mi trova interessante
17. Alla gente piace stare con me
18. Il più delle volte mi sento ignorato
19. Mi sento ammirato dalle persone dell'altro sesso
20. La maggior parte della gente mi apprezza così come sono
21. Molte persone hanno una scarsa opinione di me
22. Mi sento bene
23. Sono attraente
24. Non sono in forma
25. Quando mi guardo allo specchio mi piace quello che vedo
26. Mi sento a posto indipendentemente dal modo in cui mi vesto
27. Sono brutto
28. Mi piace il mio aspetto

¹⁷ Tutte le domande prevedono una risposta da 1 a 5, che corrisponde ad una scala da “per nulla” a “moltissimo”.

INTERAZIONE SOCIALE

ESTRANEI

29. Ti crea disagio parlare con persone che non conosci?
30. Hai avuto difficoltà a fare nuovi amici negli ultimi tempi?
31. Pensi che le altre persone notino la tua malattia quando ti parlano?
32. Pensi che le altre persone notino la tua malattia quando cammini per strada?
33. Pensi che le altre persone notino la tua malattia quando sei a lavoro?

AMICI

34. In che misura è cambiato il rapporto con queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
35. Credi che queste persone abbiano cambiato atteggiamento nei tuoi confronti?
36. Credi che tu abbia cambiato atteggiamento nel loro confronto?
37. Il cambiamento è stato in negativo?
38. Quanto ti senti più vicino a queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
39. Ti senti escluso da queste persone?

PARTNER

40. In che misura è cambiato il rapporto con il tuo partner dopo l'insorgenza della malattia?
41. Credi che il tuo partner abbia cambiato atteggiamento nei tuoi confronti?
42. Credi che tu abbia cambiato atteggiamento nei confronti del tuo partner?
43. Il cambiamento è stato in negativo?
44. Quanto ti senti più vicino al tuo partner dopo l'insorgenza della malattia?
45. Ti senti escluso dal tuo partner?

COLLEGHI

46. In che misura è cambiato il rapporto con queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
47. Credi che queste persone abbiano cambiato atteggiamento nei tuoi confronti?
48. Credi che tu abbia cambiato atteggiamento nel loro confronto?
49. Il cambiamento è stato in negativo?
50. Quanto ti senti più vicino a queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
51. Ti senti escluso da queste persone?

GENITORI

52. In che misura è cambiato il rapporto con queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
53. Credi che queste persone abbiano cambiato atteggiamento nei tuoi confronti?
54. Credi che tu abbia cambiato atteggiamento nel loro confronto?
55. Il cambiamento è stato in negativo?
56. Quanto ti senti più vicino a queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
57. Ti senti escluso da queste persone?

FIGLI

58. In che misura è cambiato il rapporto con queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
59. Credi che queste persone abbiano cambiato atteggiamento nei tuoi confronti?
60. Credi che tu abbia cambiato atteggiamento nel loro confronto?
61. Il cambiamento è stato in negativo?
62. Quanto ti senti più vicino a queste persone dopo l'insorgenza della malattia?
63. Ti senti escluso da queste persone?

ABITUDINI PERSONALI

64. In che misura la tua malattia ostacola la possibilità di andare al *ristorante*?

65. Quanto spesso ti capita di andare al *ristorante*?

Se hai diminuito la frequenza con cui vai al ristorante, per quale motivo?

66. Per controindicazioni mediche

67. Per disagio

68. Perché non mi sento accettato dalla gente

69. In che misura la tua malattia ostacola la possibilità di andare dal *parrucchiere/barbiere*?

70. Quanto spesso ti capita di andare dal *parrucchiere/barbiere*?

Se hai diminuito la frequenza con cui vai dal parrucchiere/barbiere, per quale motivo?

71. Per controindicazioni mediche

72. Per disagio

73. Perché non mi sento accettato dalla gente

74. In che misura la tua malattia ostacola la possibilità di andare in *piscina*?

75. Quanto spesso ti capita di andare in *piscina*?

Se hai diminuito la frequenza con cui vai in piscina, per quale motivo?

76. Per controindicazioni mediche

77. Per disagio

78. Perché non mi sento accettato dalla gente

79. In che misura la tua malattia ostacola la possibilità di andare al *mare*?

80. Quanto spesso ti capita di andare al *mare*?

Se hai diminuito la frequenza con cui vai al mare, per quale motivo?

81. Per controindicazioni mediche

82. Per disagio

83. Perché non mi sento accettato dalla gente

RINGRAZIAMENTI

Ci sono parecchie persone che mi hanno permesso di portare a termine questo progetto di ricerca e che vorrei ringraziare. Innanzitutto mio padre, per le numerose ottime idee che mi ha proposto, per il sostegno sempre ricevuto, per l'appoggio, l'aiuto e i consigli.

Il prof. Gallucci, per la sua disponibilità, cortesia, simpatia e professionalità.

Fondamentale è stata la collaborazione dell' "*Associazione Nazionale Tutela del malato di Psoriasi e Vitiligine*", attraverso cui ho potuto reperire persone molto disponibili che hanno risposto al mio test. Per questo motivo devo un ringraziamento particolare al signor Toraldo Alessandro che mi ha messo in contatto con i soci dell'associazione.

Inoltre devo ringraziare tutti i miei amici e conoscenti che hanno risposto al test come gruppo di controllo.

Un grazie a tutta la mia famiglia, a mia mamma, a mia sorella e ai miei nonni per il loro sostegno e per la loro partecipazione.

Infine un sincero ringraziamento a chi a reso questo periodo sereno, mi ha supportato e sopportato.