

La melainomania: un viaggio dalla cute alla psiche in 50 soggetti

A.M. IANNACCONE, S. IURASSICH*

RIASSUNTO: La melainomania: un viaggio dalla cute alla psiche in 50 soggetti.

A.M. IANNACCONE, S. IURASSICH

Introduzione. La melainomania è una sindrome psicocutanea ed esprime il bisogno ossessivo di una cute abbronzata in modo completo e costante.

Scopo. Abbiamo ricercato i fattori psicopatogenetici della sindrome e gli endpoint psicologici e dermatologici utili per la valutazione dei danni psichici e cutanei.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 36 donne e 14 uomini, di 40-55 anni, con abitudine alla costante fotoesposizione. Sono stati valutati: i danni psicosociali con i test Rorschach e Machover e con colloqui psicologo-soggetto, i danni cutanei con i segni di Glogau e l'indagine ecografia. I soggetti sono stati inoltre sottoposti a trattamento psicoterapeutico.

Risultati. I test ed i colloqui hanno evidenziato tratti ossessivi, dipendenza, dispercezione corporea, indice di realtà basso. Le correlazioni di Spearman tra i segni clinici ed i reperti ecografici evidenziano alta significatività. La psicoterapia ha ridotto il disagio in 33 donne e 12 uomini.

Discussione. Ogni evento che produce disagio richiede un processo di razionalizzazione, che in fasi successive individualizza giustificazioni logiche per il disagio vissuto e per le conseguenze percepite. La psicommeccanica razionale è un nuovo metodo che ha identificato la fase della deviazione del pensiero e ha impostato la terapia correttiva.

Conclusioni. I test psicologici, i colloqui, i segni clinici e l'ecografia hanno permesso di valutare i danni psichici e cutanei, mentre il metodo della psicommeccanica razionale sembra aver apportato un soddisfacente risultato terapeutico.

SUMMARY: Melainomany: a travel from skin to psyche in 50 subjects.

A.M. IANNACCONE, S. IURASSICH

Introduction. The melainomany is a psychological and skin syndrome and it expresses the obsessive need of a tanned skin in complete and constant way.

Purpose. We have sought the psychopatogenetic factors of the syndrome and the psychological and skin ends point useful to evaluation of the psychic and skin damages.

Materials and methods. 36 women and 14 men, aged 40-55 years, with habit to the constant photoexposure have been enrolled in this study. Have been appraised the psychosocial damage by Rorschach e Machover tests and by interviews psychologist-subject, skin damages by Glogau signs and by echography. Furthermore, the subjects have been submitted to a psychotherapeutic treatment.

Results. The tests and the interviews have underlined obsessive lines, dependence, bodily disperception, low index of reality. The Spearman correlation among clinical signs and echographic findings show tall significativity. The psychotherapy has reduced the uneasiness in 33 women and 12 men.

Discussion. Every event that produces uneasiness process requires of rationalization that in following phases it individualizes logical justification for the lived uneasiness and for the perceived consequences. The rational psychomechanics is a new method that has identified the phase of the deviation of the thought and it has planned the corrective therapy.

Conclusions. The psychological tests, the interviews, the clinical signs and the echography have allowed us to appraise the psychic and skin damages, while the method of the rational psychomechanics seems to have brought a satisfactory therapeutic result.

KEY WORDS: Cute - Psicommeccanica Razionale - Abbronzatura.
Skin - Rational psychomechanics - Tan.

Introduzione

Il termine tanoressia è un neologismo, composto da *tan* (dall' inglese = abbronzatura) e anoressia (dal greco: *an* = privazione e *orexis* = appetito). Una dizione più appropriata per definire questa sindrome psicocutanea potrebbe essere melainomania (dal greco: *melaino* = rendere

nero, *mania* = fissazione patologica). Questa sostituisce il concetto di “anorressia” (o privazione) con quello di “mania” (o fissazione) (1). La melainomania comprende infatti: a) *danni psicologici* quali il disagio psichico, la compulsione, il bisogno ossessivo e la dipendenza per il possesso di una cute abbronzata in modo completo e costante b) *danni cutanei* (e/o talvolta *sistemiche*) da eccessiva fotoesposizione (sole e/o lampade UV) spesso priva di protezione (Tab. 1). La sindrome è diffusa nella popolazione mondiale di cultura occidentale e nel 20% della popolazione italiana (2,3,4,5).

Abbiamo ricercato i fattori psicopatogenetici della sindrome e gli *endpoint* psicologici e dermatologici utili per la valutazione dei danni psichici e cutanei.

Materiali e metodi

Sono stati studiati, dopo consenso informato, 50 soggetti, di 40-55 anni, 36 donne (media aritmetica m.a. 47.50, fattore di correzione FC 81225, devianza D 685, varianza V 19.5714, deviazione standard DS 4.4239) e 14 uomini (m.a. 47.4285, FC 31492.571, D 267.429, V 20.5714, DS 4.5355), con pannicolo adiposo normorappresentato, fototipo III e con abitudine alla costante fotoesposizione (maggiore di 200h/anno) per un periodo di 5-10 anni (6,7).

Sono stati esclusi dallo studio i soggetti: a) fumatori (consumo maggiore di 5 sigarette/die) e consumatori abituali di alcool (dose equivalente a 500cc-12°/die), fattori questi che possono determinare l'aumento dei processi di ossidazione e modificare il processo di invecchiamento (6,7); b) affetti da patologie quali vitiligine, ipomelanosi, genodermatosi e disendocrinopatie che possono interferire con il processo della pigmentazione; c) compresi nei criteri del DSM-IV per diagnosi di disturbo post-traumatico da stress e/o di personalità evitante e/o di personalità passivo-aggressiva, per escludere che tali fattori potessero interferire sulla personalità del soggetto (1).

Sono stati valutati: *il fototipo* e la DEM (Dose Eriematogena Minima), con il test di Saidman (6,7), l'assenza dello *stress psicologico* esistenziale non relazionato al bisogno di abbronzatura, con i test accreditati *Schedule of Recent Experiences* (SRE) e Questionario degli Avvenimenti della Vita (QAV) (rispettivamente, per una valutazione oggettiva e soggettiva) (1,8), i *danni psicosociali* con i test psicodiagnostici accreditati della personalità Rorschach e Machover (9,10) e con colloqui psicologo-soggetto (1,11), i *danni cutanei* al viso con i segni clinici del fotoinvecchiamento di Glogau e l'indagine ecografica (Tab. 2).

Il Rorschach permette il confronto con stimoli poco strutturati, promuove l'espressione del proprio pensiero e l'esplicitazione dell'immaginario elaborato dalle fi-

gure osservate ed interpreta il disturbo psichico all'interno di una prospettiva fenomenologica dei disturbi percettivi nelle psicosi (1,9). Il Machover permette di valutare il vissuto affettivo e relazionale, il livello intellettuale, la presenza di condizioni patologiche della personalità e l'identità del soggetto (1,10). Sono stati utilizzati per lo studio ecografico della cute della fronte (regione sempre fotoesposta) una sonda da 10 MHz ed un distanziatore a base di silicone ed esaminati a) lo spessore del derma, b) lo spessore dell'ipoderma, c) l'ecogenicità dei componenti dermici (linee iperecogene delle fibre dermiche) d) l'ecogenicità dei componenti ipodermici (ipoecogenicità dei lobuli adiposi circondati dalla trama iperecogena del connettivo) (6,7). I 2-5 colloqui individuali psicologo - soggetto, della durata di 45m' ciascuno, hanno permesso di confermare i risultati dei test psicologici e di comprendere l'importanza che il paziente conferiva al possesso di una cute abbronzata, le sue motivazioni ed il possibile stato di disagio (1,11). Sono state effettuate le correlazioni Spearman tra i risultati dei segni clinici ed i reperti ecografici. I soggetti sono stati sottoposti ad ulteriori colloqui settimanali per un trattamento psicoterapeutico basato sulla ricerca e sulla rimozione dei fattori che avevano prodotto la sindrome (1,11). Le lesioni cutanee sono state sottoposte a specifici trattamenti farmacologici e dermochirurgici (Tab. 2).

Sono stati inoltre inclusi nello studio 50 controlli di 50-65 anni: 25 uomini (m.a. 47.52, FC 56453.76, D 474.24, V 19.76, DS 4.4452) e 25 donne (m.a. 47.2, FC 55696, D 452, V 18.8333, DS 4.3397) non fumatori e consumatori abituali di alcool e non sottoposti a stress psicologico.

Risultati

I test ed i colloqui hanno evidenziato nei soggetti uno stato di disagio interiore: ansia, insicurezza, tratti ossessivi, dipendenza psicologica e difficoltà a mantenere il contatto con la realtà, non consapevolezza dei confini del proprio corpo (dispercezione corporea) e tendenza all'autolesionismo. Dall'interpretazione del test di Rorschach (Tab. 3) emerge la presenza di tratti ossessivi (indici Dim, DDim, M, movimento bloccato), di autolesionismo (indici GIM, T.V.I.) e di una personalità dipendente (indici rilievo di doppio, rilievo di simmetria). Diversi valori del test convergono nel definire un indice di realtà basso, che in tali soggetti, come confermato anche dai colloqui, si concretizza nella non consapevolezza del proprio sé corporeo. Dall'interpretazione del test di Machover si evidenzia in tutti i soggetti una marcata insicurezza, associata ad egocentrismo, tendenza a sognare, staccandosi dalla realtà, timidezza, stati d'ansia e di angoscia, tendenza ad andare verso la depressione ed azione limitata. Tutto il quadro si concretizza in un grosso sforzo per

TABELLA 1 - ASPETTI CLINICI DELL'INVECCHIAMENTO CUTANEO E LE LESIONI OSSERVATE NEI 50 SOGGETTI.

Danno	Lesioni	trattamento	uomini	donne
Tissutale (corneo, fibre dermiche, elastosi, fibroelastosi)	Xerosi *	F	14	36
	Prurito	F	03	08
	Rughe * : linee del dispiacere linee del sorriso linee periorifciali radiate	F/D	14	36
	Pseudocicatrici stellate	D	07	15
	Calasi	D	10	30
	Elastoma diffuso	F/D	00	00
	<i>Cutis rhomboidalis nuche</i>	F	00	00
	<i>Pseudomilium</i> colloide dell'adulto	D	01	02
	Elastosi a cisti e comedoni	D	00	00
	<i>Erythrosis interfollicularis</i> colli	F/D	00	00
	Eritromelanosi	F/D	00	00
	Papule bianche fibrose della nuca e collo	N	01	00
	Elastosi dermica pseudoxantoma	N	00	00
Vascolare Discromico	Angiomi senili	D	04	04
	Teleangiectasie *	D	14	36
	Laghi venosi	D	02	00
	Porpora senile (di Bateman)	F	01	00
	Efelidi	F/D	07	19
	Lentiggine senile o solare *	F/D	14	36
	Depigmentazioni focali	F	10	18
	Ipomelanosi guttata	F	05	28
	Pelle citrina *	F/D	08	16
Proliferativo	Cheratosi attiniche *	D	11	15
	Cheratosi seborroiche	D	06	07
	Adenomi sebacei	D	00	00
	Lentigo maligna	D	00	01
	Neoplasie cheratinocitarie *	D	01	00
	Melanomi	D	00	00

Legenda: F = trattamento farmacologico D = trattamento dermatochirurgico
* = i segni del fotoinvecchiamento di Glogau

mantenere un equilibrio affettivo precario.

I segni clinici del danno da fotoesposizione sono stati descritti nella Tabella 1 ed erano presenti in ciascun soggetto almeno 4 segni di Glogau. La cute registrava all'ecografia riduzione dello spessore del derma e dell'ipoderma, dell'ecogenicità del derma (ancora iperecogena) e della trama iperecogena dell'ipoderma (Tab. 2). I reperti US sono sovrapponibili a quelli descritti nei precedenti studi (6,7). Le correlazioni di Spearman nei 50 soggetti con *fotoesposizione persistente* tra la sintomatologia clinica (Glogau) ed i valori dei reperti ecografici evidenziano alta significatività ($p < 0,00001$).

I tratti ossessivi e di dipendenza della sindrome, come la perdita dell'autostima, sono regrediti dopo 6 sedute in 27 donne e 8 uomini e dopo 10 sedute in ulteriori 6 donne e 4 uomini. Dopo un *follow-up* di 6 mesi dal termine del trattamento psicoterapeutico e di 3 mesi dall'ultima fotoesposizione, i test non evidenziavano in 33

donne e 12 uomini danni psichici, mentre in 3 donne e 2 uomini presentavano note di dipendenza. Le lesioni da fotoinvecchiamento, invece, sono spesso irreversibili.

Discussione

Il principale disturbo della melainomania è la dispercezione corporea che giustifica la precedente dizione di *tanoressia*: come l'anoressico non si vede mai abbastanza magro, così il *tanoressico* non si vede mai abbastanza abbronzato. Il disturbo origina da un sentimento di insicurezza del sé corporeo, sull'incapacità di accettare la propria immagine che arriva fino all'autolesionismo. Il soggetto non è mai soddisfatto del proprio aspetto e l'esposizione continua alla luce diminuisce l'ansia, migliorandone il tono dell'umore.

TABELLA 2 - CORRELAZIONE TRA I SEGNI CUTANEI CLINICI ED ECOGRAFICI (AL VISO) E QUELLI PSICOLOGICI DI RORSCHACH E MACHOVER NEI SOGGETTI STUDIATI E NEI CONTROLLI.

Segni cutanei		Segni psicologici	
Clinici	Ecografici (spessore, ecogenicità)	Indici Rorschach	Segni di Machover
Soggetti con fotoesposizione > 250 h/anno / per 5-10 anni (soggetti studiati)			
Presenza di almeno 4 lesioni Glogau	<i>Derma</i> (medie) - spessore $1,0 \pm 0,5$ - riduzione iperecogenicità <i>Ipoderma</i> (medie) - spessore $1,0 \pm 0,5$ - riduzione trama iperecogena	Rapporto con la <i>realtà</i> compromesso Tendenze <i>depressive</i> Personalità <i>ossessiva</i> <i>Dipendenza</i>	Rapporto con la <i>realtà</i> compromesso Tendenze <i>depressive</i> <i>Affettività</i> precaria
Soggetti con fotoesposizione <50 h/anno (controlli)			
Lesioni di Glogau assenti o lievi	<i>Derma</i> - spessore $2,5 \pm 0,5$ - iperecogeno disomogeneo <i>Ipoderma</i> - spessore $3,0 \pm 0,5$ - ipoecogeno e trama iperecogena	Compresi nella <i>norma</i>	Compresi nella <i>norma</i>

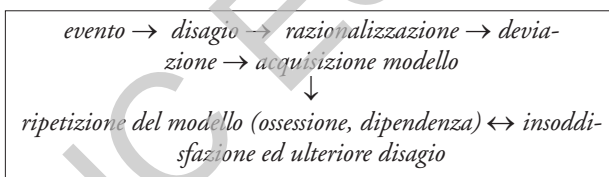
Il nostro viaggio, dalla cute alla psiche, ha richiesto la scelta di un metodo. I precedenti studi proponevano la melainomania come uno stato psicologico di dipendenza o di ossessione, ma non descrivevano le possibili cause effettrici e soprattutto il meccanismo del pensiero che determinava tale disturbo. Occorreva un metodo di studio che: potesse individuare tale meccanismo; permettesse di comprendere le successive tappe del pensiero attraverso le quali i soggetti giungevano alla conclusione di dover avere una cute completamente abbronzata; potesse individuare la tappa in cui originava il disturbo o, meglio, tale deviazione del pensiero; spiegasse il perché solo la cute abbronzata permetteva ai soggetti di superare i disagi emersi dal vissuto o si proponeva come unico traguardo delle loro ambizioni. Abbiamo definito tale processo come psicommeccanica razionale.

I risultati dei colloqui e dei test evidenziavano che nei nostri pazienti la melainomania è una deviazione del pensiero che promuove il benessere psicofisico nella cute abbronzata. Essi comprendevano 4 gruppi di segni psicologici, insorti in tempi successivi, che potrebbero giustificare la comparsa della sindrome: a) disagio interiore (ansia, angoscia, insicurezza, timidezza, egocentrismo); b) depressione (equilibrio affettivo precario, autolesionismo, dipendenza psicologica); c) tratti ossessivi (difficoltà del contatto con la realtà, non consapevolezza del sé corporeo, dispercezione corporea); d) azione limitata.

Ogni evento che produce un disagio (o nevrosi) richiede, al soggetto che lo percepisce, un processo di razionalizzazione per poterlo superare e non progredire in una maggiore sofferenza psichica (psicosi). Tale processo del pensiero individua giustificazioni logiche (o meglio connessioni compatibili con il bagaglio culturale ed esperenziale acquisito) per il disagio vissuto e soprattutto per le conseguenze percepite. Esso può svolgersi in fasi successive che esprimono l'evoluzione del pensiero nella ricerca della causa del disagio e del possibile rimedio (cura). Le fasi, quindi, costituiscono il meccanismo della maturazione dell'evento o della razionalizzazione del disagio. Se fattori perturbativi (dettati dall'immaginario collettivo, dai messaggi mediatici, ecc.) riescono, in tale fase, a proporsi come guida o esempio risolutivo, la razionalizzazione è interrotta ed è deviata verso queste nuove proiezioni (*fase degli oggetti esposti*). Tali fattori sono schemi semplici e disponibili immediatamente nell'economia sociale, sono modelli imitativi per il corpo o per il vissuto proposti come positivi, come realizzazione del pensiero o come soluzione indispensabile per il benessere e spesso sono legati all'acquisizione di un unico oggetto. La deviazione non è tanto l'identificazione del benessere con la cute abbronzata, ma con questo unico oggetto. Il benessere psicofisico infatti è prodotto dall'acquisizione di più fattori (complesso di oggetti) ed un singolo elemento ha minori o nulle possibilità a colmare le numerose necessità del vissuto ed il disagio continua a persistere.

TABELLA 3 - GLI INDICI SIGNIFICATIVI NELLA DIAGNOSTICA RORSCHACH PER LA MELAINOMANIA E LE INTERPRETAZIONI RISCONTRATE NEI 50 SOGGETTI.

Indici	Interpretazioni tipo riscontrate nei soggetti
R%, R, R+%	R% < 70 , R=19, R+%= 84
F + %	F+% = 92 (compromissione del rapporto con la realtà)
F%	F% = 63 (coartazione affettiva ed inibizione dei processi ideativi)
M	Presenza di movimento bloccato e di tratti ossessivi
T.V.I.	T.V.I. 0/2.5 (aggressività verso se stesso ed eccessiva polarizzazione del pensiero sugli stessi argomenti)
t.v.i.	t.v.i. = 0,1/0,15 (indice compreso nella norma)
H+A/Hd+Ad	H+A/Hd+Ad = 7/7 (livello cognitivo normale)
Successione	Confusa
G	Presenza di poche G (approccio analitico alla comprensione della realtà)
GIM	Presenza di un elevato numero di GIM
Dim	Elevato numero di Dim
DDim	Elevato numero di DDim
Tipo di comprensione	Sequenza G Dim DDim (tendenza ad andare oltre l'ovvio ed alla precisione)
FC ↓↑	Presenza di diverse FC ↓↑
F-	Presenza di un basso numero di F- (tendenza a staccarsi dalla realtà)
Di realtà	Inferiore a 5 (lieve tendenza a scostarsi dalla realtà)
Risposta di doppio	Elevato numero di questa particolare manifestazione
Rilievo di simmetria	Elevato numero di questa particolare manifestazione



La deviazione del pensiero insorge in una personalità immatura o regredita in seguito a traumi psichici (insoddisfazione / insuccesso vita / lutto) e che per questo è maggiormente esposta ad assimilare schemi imitativi già pronti (*fase del pensiero evitato*). Questi deviano il processo di razionalizzazione o della ricerca della colpa e del conseguente rimedio producendo uno stato ossessivo: continua applicazione del rimedio che si rivela non adatto alla cura del disagio (*fase del rimedio mancato*). Tale nevrosi ossessiva potrebbe essere interpretata anche come una sindrome di adattamento del soggetto che conti-

nuamente nella cute abbronzata ricerca la soluzione al suo disagio psichico. La mancanza di autostima prodotta dalla mancanza della soluzione o dell'oggetto colpevole si trasferisce nel corpo che non appare mai sufficientemente idoneo (abbronzato) a confrontarsi con il vissuto. La reificazione della deviazione si concretizza nell'oggettivazione del corpo abbronzato (*fase dell'oggetto bianco*). Quando i meccanismi di difesa impiegati dal soggetto nell'adattamento al disagio si esauriscono (lesioni cutanee non reversibili e comportamenti non razionali), inizia un maggiore scompenso che evolve nella psicosi (negazione del disagio, pensiero dissociato).

I test hanno evidenziato il tipo del disagio presente nei soggetti (perdita dell'autostima) ed i colloqui hanno individuato le cause (soggetti immaturi o con regressione da recente evento luttuoso). La psicommeccanica razionale ha identificato tra le tappe del processo di razionalizzazione quella che ha causato la deviazione del

pensiero (l'abbronzatura posta come rimedio unico) e ha impostato la terapia correttiva. In un primo tempo il pensiero dei soggetti è stato traslocato dallo *stato di ossessione*, causato dalla dipendenza di un solo oggetto (abbronzatura) a *quella della fissazione* o di dipendenza da più oggetti correlati (pelle abbronzata, lucida, liscia, priva di inestetismi come un unico pacchetto di benessere). In un secondo tempo sono stati considerati nuovi concetti comuni all'immaginario collettivo e correlati al benessere (luce, sole, ossigeno, natura) in modo da liberare i soggetti dalla dipendenza obbligata ed educarli ad una scelta personale tra le diverse opportunità offerte dal vissuto ed idonee a superare il disagio (divertimenti, interessi culturali, sport, amicizie, ecc.). Infine, la scomparsa ai test dei tratti ossessivi e la riappropriazione dell'autostima prodotta dalla psicoterapia nel 70% dei casi potrebbe incoraggiare il prosieguo del trattamento anche

nei 5 soggetti positivi ai test dopo il *follow-up*.

Conclusioni

I test diagnostici psichici e cutanei hanno evidenziato in modo ottimale i danni prodotti dalla sindrome, ma questo rappresenta un evento atteso e già riscontrato numerose volte nel passato. Il metodo della psicommeccanica razionale nella ricerca delle singole tappe evolutive del pensiero, dei fattori che avrebbero potuto determinare la sua deviazione, dei concetti che potrebbero essere accettati nei soggetti come sostituti dei tratti ossessivi e di dipendenza, invece, sembra aver apportato, sebbene nella sola melanomania ed in un numero limitato di soggetti, un soddisfacente risultato terapeutico.

Bibliografia

1. G.B. Cassano, P. Pancheri, L. Pavan. Trattato italiano di psichiatria. Ed. Elsevier, New York, 2002.
2. Ramirez M, Warthan MM, Uchida T, Wagner RF. "Double exposure": natural and artificial ultraviolet radiation exposure in beachgoers. *South Med J.* 2003; 96: 652-655.
3. Feldman SR, Liguori A, Kucenic M, et al. Ultraviolet exposure is a reinforcing stimulus in frequent indoor tanners. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 51: 45-51.
4. Silvan M, DeLeo VA. A Psychocutaneous Approach to Sunbathing Behavior *Arch Dermatol.* 2006;142 (2): 245.
5. Warthan M M, Uchida T, Wagner R F. UV Light Tanning as a Type of Substance-Related Disorder *Arch Dermatol.* 2005; 141: 963-966.
6. Iurassich S. L'invecchiamento della cute: una stadiazione clinico-ecografica. *G. Gerontol.* 2007; 55: 218-225.
7. Iurassich S, Goione S. La pelle attraverso il sole, il fumo e il tempo. *Journal of Plastic Dermatology* 2008; 4,2: 191-196.
8. Lewis VL, Finlay AY. Ten years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9 (2): 169-180.
9. Valente Torre L, Freilone F. *Psicopatologia clinica e Rorschach. La valutazione psicodiagnostica.* Bologna: UTET Editore, 2005.
10. Opalić P. Human figure test in the research of psychopathological state of refugees and somatically traumatized. *Srp Arh Celok Lek* 2005; 133 (1-2): 21-28.
11. Berti A, Biondi M, Macerino C. Il principio attivo della psicoterapia. *Italian Journal of Psychopathology.* 2005; 11: 87- 92.

Per richiesta estratti:

S. Iurassich
Via P. Del Torto, 41
80131 Napoli
Tel. 081/5467851
E-mail: Iuraderm@libero.it