

Lichen sclero-atrofico genitale: lesioni dermatologiche e disagio psicologico in uno studio su 35 soggetti

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE*

RIASSUNTO: Lichen sclero-atrofico genitale lesioni dermatologiche e disagio psicologico in uno studio su 35 soggetti.

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE

Introduzione. Il lichen scleroatrofico genitale (LSAG) è una patologia infiammatoria cronica della cute e delle mucose, presenta papule e chiazze bianco porcellanaceo associate ad escoriazioni, prurito, dolore ed è resistente alla terapia. Esso limita il rapporto sessuale e causa disagio psicologico.

Scopo. Sono stati descritti i danni psicologici ed i metodi impiegati.

Materiali e metodi. 22 donne e 13 uomini di 36-61 anni (9,54 e 7,38 DS) con LSAG sono stati divisi in due gruppi: il primo con 15 donne e 9 uomini comprendeva pazienti in coppia, il secondo con 7 donne e 4 uomini comprendeva pazienti single. Il disagio legato alla malattia è stato valutato con i test: GPP-I (Gordon Personal Profile Inventory), ITAPI-S (inventario sintetico italiano di personalità), MMPI-2 (Sirigatti), SRE (Schedule of Recent Experience), DLQI e Rilevazione del Sintomo (RS). I giudizi sono stati correlati (Spearman) e confermati dai colloqui individuali.

Risultati. I risultati registrano: - nei pazienti in coppia: valori alti nell'86,66% delle donne e nell'88,88% degli uomini e valori meno bassi nel 13,33% delle donne e nell'11,11% degli uomini; - nei pazienti single: valori alti nel 71,42% delle donne e nel 100% degli uomini e valori bassi nel 28,57% delle donne. Le correlazioni di Spearman evidenziano notevole significatività tra GPP-I ed ITAPI-S (p compreso tra $< 0,00001$ e $0,0008$).

Discussione. Il disagio psicologico insorge come conseguenza del danno somatico e progredisce con questo. Esso coinvolge in fasi successive le relazioni sociali, la relazione di coppia e l'identità individuale. Il LSAG costituisce un disturbo psico-emozionale della coppia dove coinvolge la sessualità e l'intimità. Esso produce: frustrazione, solitudine, rancore, rabbia, vuoto, indifferenza, rifiuto, dubbi, incomprensione, sorpresa ed incredulità ed impotenza.

Conclusioni. La terapia ha il compito sia di risolvere il sintomo, sia di migliorare la qualità di vita del paziente, che impara a controllare i conflitti relazionali e gli stressor del vissuto.

SUMMARY: Lichen sclerosus genitalis dermatological lesions and psychological uneasiness in a study on 35 subjects.

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE

Introduction. Lichen sclerosus genitalis (LSG) is a chronic inflammatory disease of the skin and mucous and shows ivory white papule or macule, excoriations, itch and pain. It limits the sexual relation and it causes psychological uneasiness.

Purpose. The psychological damages and the employed methods have been described.

Materials and methods. 22 women and 13 men, aged 36-61 years old (9,54 and 7,38 DS) with LSG have been divided in two groups: the first with 15 women and 9 men included patient in couple, the last with 7 women and 4 men included singles. The uneasiness has been appraised with the GPP-I (Gordon Personal Profile Inventory), ITAPI-S (Italian synthetic inventory of personality), MMPI-2 (Sirigatti), SRE (schedule of recent experience), DLQI and Survey of the Symptom (RS) tests. The judgments have been correlated (Spearman) and confirmed by the individual interviews.

Results. The results record - in the couple patients: tall uneasiness in 86,66% of the women and in 88,88% of the men and low uneasiness in 13,33% of the women and in 11,11% of the men - in the single patient tall uneasiness in 71,42% of the women and in 100% of the men and low uneasiness in 28,57% of the women. The correlations of Spearman show notable significativity ($p < 0,00001$ and $0,0008$).

Discussion. The psychological uneasiness rises as a result of the somatic damage and progresses with this. It involves in following phases: the social relationships, the relationship of couple and the individual identity. The LSG is a psico-emotional trouble of the couple where it gets involved sexuality and the intimacy. It produces: frustration, loneliness, grudge, anger, empty, indifference, refusal, doubts, incomprehension, surprise and incredulity and impotence.

Conclusions. Therapy has the assignment both to resolve the symptom both to improve the quality of life of the patient that learns to check the conflicts and the stressors.

KEY WORDS: Lichen scleroatrofico - Disagio psicologico.
Lichen sclerosus - Psychological uneasiness.

Introduzione

Il lichen sclerosus o scleroatrofico genitale (LSAG) è una patologia infiammatoria cronica della cute e delle mucose. Esso ha una prevalenza compresa tra 1:60 ed

1:1000, evidenza maggiore frequenza nelle donne in età prepuberale e perimenopausale e la sua patogenesi non è nota (1,2).

La patologia nelle regioni genitali, perigenitali ed anali evidenzia papule e chiazze di colore bianco porcellanaceo associate ad escoriazioni (dopo i rapporti sessuali), prurito e/o dolore che talvolta ostacola la minzione e la defecazione. Nella donna in modo progressivo un cappuccio fibroso avvolge il clitoride, le piccole labbra aderiscono alle grandi, scompaiono le strutture vulvari esterne ed il meato vaginale tende ad obliterarsi. Possono essere presenti dispareunia e sanguinamento. Possono inoltre insorgere:

- nell'uomo penodinia, sinechie e fimosi;
- nella bambina leucorrea, sanguinamento;
- nel bambino balano-postite.

L'istologia evidenzia atrofia dell'epidermide, ialinizzazione edematosa sub-epidermica, cellule basali vacuolizzate, ipercheratosi ortocheratosica ed infiltrato linfomonocitario a banda (3-5). È importante differenziare il LSAG da vitiligine, melanosi genitale e lichen simplex cronico, vulviti ed abusi sessuali. Le complicanze sono caratterizzate nella donna dalla degenerazione carcinomatosa nel 4-6% dei casi (carcinoma epidermoide della vulva), nell'uomo da uretrite, fimosi e stenosi uretrale (6-9).

La terapia con risultati contrastanti impiega corticosteroidi, estrogeni e testosterone topici (unguenti) o penicillina e/o cefalosporine per via intramuscolare. La terapia chirurgica, la crioterapia e la laserterapia dovrebbero essere riservate ai pazienti *non responder* alla terapia farmacologica (10-13).

Scopo del lavoro

Il rapporto sessuale nei partner della coppia oggettivizza la relazione che è già stata reificata nella sperimentazione dei valori interpersonali e stabilizza il nucleo familiare primordiale. La sua riduzione e/o perdita nell'oggetto coppia determina la dissociazione tra il percepirsi come essere uomo/donna e la relazione di coppia. Pertanto, sono stati studiati e descritti i danni psicologici ed i metodi di valutazione impiegati nei soggetti con LSAG.

Materiali e metodi

Sono stati studiati, dopo consenso informato, 35 pazienti di razza bianca, non fumatori o consumatori abituali di alcool, residenti nell'Italia meridionale e con diverse attività occupazionali, affetti da LSAG. La patologia era presente nelle 22 donne di 37-61 anni [48,44 ma (media aritmetica); 21.121,77 FC (fattore di correzione); 728,23 D (devianza); 91,02 V (varianza); 9,54 DS (deviazione standard)] e nei 13 uo-

mini di età 36-60 anni (45,81 ma; 33580,56 FC; 818,44 D; 54,56 V; 7,38 DS) da almeno 24 mesi (media 32,16; mediana 37) ed è stata confermata dall'esame istologico. I pazienti sono stati divisi, in relazione al loro rapporto di coppia, in due gruppi: il primo gruppo (15 donne e 9 uomini) comprendeva pazienti con relazione di coppia etero stabile da almeno cinque anni, il secondo gruppo (7 donne e 4 uomini) comprendeva pazienti *single* da almeno due anni.

La presenza e la gravità del disagio psicologico legata alla malattia è stata valutata dai diversi gradi di positività dei test accreditati (14,15) quali:

- Il GPP-I (*Gordon Personal Profile Inventory*), l'I-TAPI-S (inventario sintetico italiano di personalità) ed il test MMPI-2 (nell'adattamento italiano di S. Sirigatti) per lo studio della personalità (Tab. 1);
- La SRE (*Schedule of Recent Experience*) per lo studio del disagio pregresso (Tab. 1);
- Il DLQI e gli item psicologici del nostro test Rilevazione del Sintomo (RS) per la valutazione del disagio attuale (Tab. 2);
- 2-5 colloqui individuali psicoterapeuta - paziente, della durata di 45 minuti ciascuno, per comprendere l'importanza che il soggetto conferiva alla sintomatologia e le emozioni prodotte dal possibile stato di disagio.

La gravità della sintomatologia è stata valutata con gli *item* fisici del test RS.

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) per evitare che l'aumento dei processi di ossidazione e di invecchiamento potessero interferire con la comparsa e la durata delle lesioni (11);
- b) affetti da patologie genetiche e/o infiammatorie in grado di modificare la mobilità articolare e/o la cute;
- c) affetti da neoplasie, da malattie neurologiche e 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;
- d) i soggetti sottoposti a *stressor* psicofisici (hobbies o lavori faticosi, *mobbing* familiare, evento luttuoso, aggressione, grave incidente) per escludere disagi pregressi.

Sono stati inoltre sottoposti ai test e ad un colloquio medico-paziente 50 soggetti di controllo (9 uomini, 16 donne), di età compresa tra 37 ed i 61 anni (46,72 ma; 54568, 96 FC; 1680,04 D; 70,00 V; 8,36 DS), non fumatori e consumatori abituali di alcool, in apparente buona salute, con relazione

TABELLA 1 - I TEST GPP-I, ITAPI-S, DLQI, SRE, MMPI 2.

TEST	Basso	Meno basso	Medio	Meno alto	Alto	
GPP-I e correlazioni tra la scala Likert ed i punteggi grezzi per i soggetti adulti						
GPP profile (ARES)	06 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 38	
GPI inventory (COPV)	06 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 38	
Stima di sé	86 - 90	91 - 95	96 - 100	101 - 106	107 - 120	
ITAPI-S e correlazioni tra la scala Likert ed i valori interpretativi per i soggetti adulti						
F	Fattore – Tratto	Correlazione tra punteggi Likert e valori				
1	Dinamicità	4/8-9	10 - 11	11 - 12	12 - 13	14/15 - 16
2	Vulnerabilità	4/7-8	9 - 9	10 - 10	11 - 12	13/14-15/16
3	Empatia	4/10-11	11 -12	12 - 13	13 - 14	15 - 16
4	Coscienziosità	4/8-9/10	11 - 11	12 - 12	13 - 14	15 - 16
5	Immaginazione	4/8 - 9	10 - 11	12 - 12	13 - 14	15 - 16
6	Difensività	4/9 - 10	11 - 12	12 - 13	13 - 14	15 - 16
7	Introversione	4/8 - 9	10 - 10	11 - 11	12 - 13	14 - 15/16
Valore del risultato		10 - 20	30 - 40	50 - 60	70 - 80	90 - 100
I sintomi percezioni DLQI e le correlazioni tra la scala Likert ed i punteggi						
Fattori		Correlazione tra punteggi Likert e punteggi				
Sintomi e percezioni		0 -1	2	3	4	5 - 6
Attività giornaliera		0 -1	2	3	4	5 - 6
Socializzazione		0 -1	2	3	4	5 - 6
Lavoro e scuola		0	1	1	2	3
Relazioni personali		0 -1	2	3	4	5 - 6
Trattamento		0	1	1	2	3
Totale		00-01	02-05	06-10	11-20	21-30
Le correlazioni SRE tra la scala Likert ed i pesi						
Pesi		0 - 74	75 - 149	150- 225	226 - 300	> 300
Scaie MMPI-2 e range T che registrano il disagio psicosociale						
Scale di base						
D1 (Depressione soggettiva)		73-83	D (Depressione)		70-80	
Si (Introversione sociale)		70-78	Hy3 (Stanchezza - Malessere)		58-74	
D3 (Disfunzioni fisiche)		75-81	D5 (Rimuginazione)		70-79	
Hy2 (Bisogno di affetto)		67-78	Hy4 (Disagio somatico)		42-68	
Pd1 (Contrasti familiari)		36-69	Pa1 (Idee Persecutorie)		44-67	
Pa2 (Suscettibilità)		49-68	Si1 (Timidezza/imbarazzo)		68-75	
Scale di contenuto						
Anx (Ansia)		75-86	Frs (Paure)		65-75	
Hea (Preoccupazioni per la salute)		72-85	Dep (Depressione)		68-77	
Ang (Rabbia)		54-73	Sod (Disagio sociale)		66-72	
Lse (Bassa Autostima)		70-81	Trt (Difficoltà di trattamento)		76-88	
Fam (Problemi familiari)		39-72				
Scale supplementari						
A (Ansietà)		73-82	MDS (Disagio coniugale)		75-90	

di coppia stabile (25 casi) o *single* (25 casi). I giudizi dei test GPPI, ITAPI-S, SRE e PS sono stati tradotti in scala Likert per essere tra loro correlati (Spearman), confrontati con il test MMPI-2 e confermati dai colloqui (16).

Risultati

I risultati dei test sulla presenza e l'intensità del disagio sono descritti nella Tabella 3. Le mediane dei risultati registrano

TABELLA 2 - IL TEST DELLA RILEVAZIONE DEL SINTOMO (RS).

<i>Sintomo</i>	<i>Basso</i>	<i>Meno basso</i>	<i>Medio</i>	<i>Meno alto</i>	<i>Alto</i>
<i>Sintomi fisici</i>					
<i>soggettivi</i>	assenza	prurito	bruciore	dolore al movimento	dolore persistente
<i>obiettivi</i>	assenza lesione	eritema	chiazze atrofiche	escoriazioni al movimento	escoriazioni spontanee
strutture	normali	atrofia	costrizione	adesione	scomparsa
<i>Sintomi psichici</i>					
<i>Disturbi psichici</i>					
ansia da prestazione	assente	presente alla memoria	presente al dolore	presente al rapporto	presente, costante
depressione	assente	commozione rara	commozione facile	Pianto, raro	pianto facile
<i>Percezione oggettiva</i>					
fiducia terapia	guarigione	regressione stabile	miglioramento notevole	miglioramento modesto	assente
accettazione	abitudine	discontinua	inquietudine	irascibilità	rabbia
<i>Percezione soggettiva</i>					
difficoltà del vissuto	superabile	superabile, spesso	sì / non superabile	superabile, raro	non superabile
compensazione partner	conforto	partecipazione	comprensione	attenzione	stato passivo

- nei pazienti con relazione di coppia stabile: valori alti e meno alti nell'86,66% delle donne (13 casi) e nell'88,88% degli uomini (8 casi) e valori meno bassi e medi nel 13,33% delle donne (2 casi) e nell'11,11% degli uomini (1 caso);

- nei pazienti *single* valori alti e meno alti nel 71,42% delle donne (5 casi) e nel 100% degli uomini (4 casi) e valori meno bassi e medi nel 28,57% delle donne (2 casi) ed in nessun uomo (0 casi).

Inoltre, i risultati hanno evidenziato che il disagio:

- non presenta significative differenze in entrambi i sessi nel gruppo dei pazienti con relazione stabile;
- risulta essere maggiormente presente nel sesso maschile nel gruppo di pazienti *single*;
- è presente nel sesso femminile (nel 15,24% dei casi) con gravità maggiore nelle pazienti con relazione di coppia rispetto a quelle *single*.

I soggetti di controllo presentavano giudizi dei colloqui e risultati dei test compresi nella norma ed assenza del disagio oggetto dello studio. Considerando inoltre la notevole variabilità degli *item* contenuti nei test, per definizione e scopo propositivo, le correlazioni di Spearman evidenziano notevole significatività tra GPP-I ed ITAPI-S ($p < 0,00001$), tra GPP / ITAPI-S e DLQI

($p < 0,0005$), tra GPPI / ITAPI-S e RS 0,0002 e tra DLQI e RS ($p < 0,0008$). I giudizi del test MMPI-2, inoltre, concordavano con i precedenti.

I colloqui hanno permesso di acquisire informazioni utili sull'interlocutore, di confermare i risultati dei test psicometrici e di formulare un corretto giudizio psicodiagnostico. Essi hanno permesso inoltre di valutare l'importanza che i pazienti conferivano alla loro patologia, le problematiche socio-relazionali e di coppia, lo stato psicoemotivo ed i livelli di stress percepito da ciascun paziente.

Discussione

La patologia è stata descritta per la prima volta nel 1887 dal dermatologo francese François Henri Hallopeau come variante clinica del lichen planus (*lichen planus atrophicus*). Successivamente, nel 1892, il dermatologo francese Ferdinand Jean Darier approfondì l'aspetto istologico ed introdusse la dizione di *lichen planus sclerosus*. La patologia nel 1907, da Montgomery e Ormsby, fu definita come *lichen sclerosus et atrophicus* (lichen scleroatrofico) e nel 1914, da Hoffman, come lichen sclerosus (3-5).

TABELLA 3 - I RISULTATI DEI TEST SULLA VALUTAZIONE DEL DISAGIO CORRELATO ALLA PATOLOGIA.

Percezione e/o presenza del disagio determinato dalla patologia negli ultimi 3 mesi										
	basso		meno basso		medio		meno alto		alto	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
<i>Pazienti in coppia stabile: 15 donne (♀) e 9 uomini (♂)</i>										
GPP-I p.	0	0	1	0	1	1	4	4	9	4
GPP-I i.	0	0	1	0	1	1	4	4	9	4
ITAPI-S	0	0	1	0	1	1	4	4	9	4
DLQI	0	0	1	0	1	0	4	4	9	5
RS psi.	0	0	0	0	2	1	4	4	9	4
RS fis.	0	0	0	0	2	1	4	4	9	4
mediana	0	0	1	0	1	1	4	4	9	4
%	0	0								
SRE	11	7	3	2	1	0	0	0	0	0
<i>Pazienti single: 7 donne (♀) e 4 uomini (♂)</i>										
	basso		meno basso		medio		meno alto		alto	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
GPP-I p.	0	0	0	0	2	0	3	1	2	3
GPP-I i.	0	0	0	0	2	0	3	1	2	3
ITAPI-S	0	0	0	0	2	0	3	1	2	3
DLQI	0	0	0	0	3	0	2	1	2	3
PS psi.	0	0	0	0	2	0	3	1	2	3
PS fis.	0	0	0	0	2	0	3	1	2	3
mediana	0	0	0	0	2	0	3	1	2	3
%										
SRE	5	3	2	1	0	0	0	0	0	0

Il nostro studio è stato condotto considerando due aspetti: quello psicologico e quello dermatologico. I test ed i colloqui rilevano che il disagio percepito dai pazienti con LSAG è determinato, in modo progressivo, dalla sintomatologia soggettiva, quale prurito e dolore, e da quella obiettiva quale eritema, xerosi legata all'atrofia, edema ed escoriazioni. La patologia inizia ad essere percepita dalla comparsa del prurito che rappresenta il primo danno o disagio fisico della regione genitourinaria (**fase del soma**). Con il trascorrere del tempo il prurito da sporadico diventa persistente, tende ad aumentare di intensità ed a coinvolgere le aree limitrofe a quella iniziale. La persistenza di tale disagio fisico coinvolge la sfera emotiva e determina l'insorgenza del disagio psicologico. Questo è di tipo: a) socio-relazionale, per lo stato di imbarazzo e di vergogna causato dall'improvvisa insorgenza del prurito nelle regioni genitali ed il timore di non poterlo controllare; b) individuale, per la preoccupazione

di una patologia misteriosa (senza una causa accertata) che, nonostante le cure, non regredisce (**fase del disagio individuo relazionale**).

La successiva comparsa e persistenza delle lesioni (eritema ed atrofia) aumenta di intensità il danno fisico ed estende le tematiche di quello psicologico: insorge il disagio relazionale di coppia. Le lesioni fisiche rendono meno piacevoli o talvolta dolorosi i rapporti sessuali, che per questo sono sempre più diradati nel tempo ed associati all'ansia da prestazione. Questo evento, se non compreso ed elaborato, può rendere meno intenso il rapporto di coppia e determinare incomprensioni e fratture con il partner (**fase del disagio di coppia**). L'insorgenza dell'edema e delle escoriazioni causa il dolore. Questo impedisce del tutto il rapporto sessuale ed unito alla sua persistenza anche durante la normale attività fisica (camminare) e/o alla costrizione dei vestiti (pantaloni, collanti) produce un disagio non solo relazionale, sociale e di cop-

pia, ma soprattutto di identità individuale. La resistenza delle lesioni alla terapia produce inoltre depressione (**fase del disagio individuale**). Il disagio psicologico insorge quindi come conseguenza del danno somatico per progredire con questo e rinchiudere l'espressione ed il pensiero dell'Io in limiti sempre più stretti: esso coinvolge in fasi successive le relazioni sociali, la relazione di coppia e l'identità individuale.

In 11 pazienti (8 donne e 3 uomini) il lichen rappresenta l'unica reazione possibile ad un contesto relazionale fortemente disturbato, in cui attraverso il linguaggio del dolore, essi possono esprimere diverse ed a volte contrastanti modalità di relazione. In tale contesto lo studio della personalità dei pazienti ha un ruolo fondamentale. Infatti, i tratti nevrotici, ipocondriaci o isterici possono favorire la cronicizzazione del dolore, il quale diventerebbe un mezzo di espressione del disagio psicologico per renderlo personalmente e socialmente più accettabile. In altri pazienti (5 donne), invece, l'anamnesi psicologica ha rivelato un notevole stress emozionale che potrebbe essersi convertito in un segnale di "ribellione" del proprio corpo (*soma*), come il fastidio vulvare (14-16).

Il LSAG non costituisce solo una malattia organica (con prevalente difficoltà ad attuare rapporti sessuali soddisfacenti) ma un disturbo psico-emozionale che spesso non riguarda il singolo paziente, ma la coppia. La sessualità e l'intimità sono aspetti importanti della relazione di coppia, indici del benessere del rapporto e sono strettamente connesse tra loro in modo che ognuna completa e arricchisce l'altra. L'intimità rappresenta un legame affettivo che implica condivisione, accoglienza delle reciproche differenze, accettazione del contatto con la reciproca vulnerabilità che spesso è nascosta da un costante tentativo di adeguamento. La mancanza di questo aspetto compromette:

- la libertà di espressione dei propri sentimenti senza paura del giudizio;

- la tolleranza necessaria ad un legame intenso ed importante che espone alla possibilità di sperimentare dolore o di ferire l'altro;
- il vicendevole scambio emotivo, aperto e senza difese, basato sulla fiducia e sul desiderio di fare l'altro partecipe del proprio vissuto.

Le sensazioni vissute da ognuno, all'interno della relazione, sono molteplici: frustrazione, solitudine, rancore, rabbia, senso di vuoto, indifferenza, rifiuto, dubbi, percezione di essere incompresi e di non poter più condividere le proprie emozioni con l'altro, sorpresa e incredulità per la situazione attuale, senso di impotenza dovuto soprattutto al fatto che, costringersi a ripristinare la salute della sfera sessuale in modo forzato, non fa che comprometterla ancora di più e privarla di quella spontaneità e naturalezza che la rendono piacevole. Inoltre, la donna oggi è sempre più impegnata a livello professionale, trascura le proprie emozioni legate alla sfera intima ed alla stessa sessualità. Tali difficoltà si associano a problematiche relazionali presenti anche negli altri contesti di vita delle pazienti (14-16).

Conclusioni

Nel LSAG la terapia farmacologica da sola spesso non produce risultati soddisfacenti e necessita della psicoterapia; inoltre, essa spesso produce risultati deludenti o che richiedono lunghi tempi di attesa. L'obiettivo terapeutico, pertanto, richiede non solo la risoluzione del sintomo, ma anche il miglioramento della qualità di vita del paziente. Questi impara ad impiegare strategie psicologiche di difesa differenti da quelle abituali in modo da poter superare i nuovi conflitti relazionali e *stressor* prodotti dal vissuto. Pertanto, il migliore approccio terapeutico per i pazienti LSAG è di tipo multidisciplinare, dove specialisti dermatologi e psicologi ascoltino il paziente che chiede aiuto tramite il suo sintomo.

Bibliografia

1. Heyman WR. Lichen Sclerosus. J Am Acad Dermatol 2007;56(4): 683-4.
2. Pugliese JM, Morey AF, Peterson AC. Lichen sclerosus: review of the literature and current recommendations for management. J Urol 2007;178(6): 2268-76.
3. Murphy R. Lichen sclerosus. Dermatol Clin 28 (4): 707-15, 2010.
4. Kizer WS, Prarie T, Morey AF. Balanitis xerotica obliterans: epidemiologic distribution in an equal access health care system. South Med J 2003; 96(1): 9-11.
5. Sherman V, McPherson T, Baldo M, Salim A, Gao XH, Wojnarowska F. The high rate of familial lichen sclerosus suggests a genetic contribution: an observational cohort study. J Eur Acad Dermatol Venereol (serial online), 25: pubmed/20202060, 2010.
6. Singh I, Ansari MS. Extensive balanitis xerotica obliterans (BXO) involving the anterior urethra and scrotum. Int Urol Nephrol 2006;38(3-4): 505-6.
7. Goolamali SI, Pakianathan M. Penile carcinoma arising in balanitis xerotica obliterans. Int J STD AIDS 2006;17(2): 135-6.
8. Rossi E, Pavanello P, Franchella A. Lichen sclerosus in children with phimosis. Minerva Pediatr 2007; 59(6): 761-5.
9. Sandler G, Patrick E, Cass D. Long standing balanitis xerotica obliterans resulting in renal impairment in a child. Pediatr Surg Int 2008;24(8): 961-4.
10. Kiss A. The response of clinical balanitis xerotica obliterans to the application of topical steroid-based creams. J Pediatr Surg 2006; 41(3): 606-7.
11. Kortekangas-Savolainen O, Kiilhomma P. Treatment of vulvovaginal erosive and stenosing lichen planus by surgical dilatation

- and methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007 ;86(3): 339-43.
12. Ghysel C, Vander Eeckt K, Bogaert GA. Long-term efficiency of skin stretching and a topical corticoid cream application for unretractable foreskin and phimosis in prepubertal boys. *Urol Int* 2009;82(1): 81-8.
13. Steffens JA, Anheuser P, Treijer AE, et al. Plastic meatotomy for pure meatal stenosis in patients with lichen sclerosus. *BJU Int* (serial online), 105(4): 568-72, pubmed: 20149195, 2010.
14. Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria. Ed. SSE, Firenze 2000.
15. Gabbard GO. *Le Psicoterapie: Teorie e modelli d'intervento*. Ed. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
16. Iannaccone AM, Iurassich S. *Se la psiche parla dalla cute e se la cute agisce nella psiche: osservazioni ed esperienze*. Ed CLU, Genova, 2011.

Per richiesta estratti:

S. Iurassich
Via P. Del Torto, 41
80131 Napoli
Tel. 0815467851
E-mail: Iuraderm@libero.it

© CIC Edizioni Internazionali