

Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXXIV - n. 6
 Novembre-Dicembre 2012

casistica clinica

Lichen sclero-atrofico genitale femminile. Danni fisici e disagio psichico in uno studio su 44 donne

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE

RIASSUNTO: Lichen sclero-atrofico genitale femminile. Danni fisici e disagio psichico in uno studio su 44 donne.

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.

Materiali e metodi. Quarantaquattro donne di 35-62 anni (9,54 e 7,38 DS) con LSAG sono state divise in due gruppi: il primo con 30 donne in coppia etero stabile, il secondo con 14 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: valori alti nell'86,66% e meno bassi nel 13,33% delle pazienti in coppia; valori alti nel 71,42% e bassi nel 28,57% nelle single. Le correlazioni di Spearman evidenziano notevole significatività (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, incomprendimento, sorpresa ed incredulità.

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. Physical damages and psychological uneasiness in a study on 44 women.

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE

Introduction. Lichen sclerosus genitalis (LSG) is a chronic inflammatory disease of the skin and mucous and shows ivory white papules or macule, excoriations, itch and pain.

Materials and methods. Forty-four women, aged 35-62 years with LSG have been divided in two groups: the first with 30 patients in couple, the last with 14 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 – tall uneasiness in 86,66% and low uneasiness in 13,33% of the couple patients – tall uneasiness in 71,42% and low uneasiness in 28,57% of the single patient. The correlations of Spearman show notable significativity (p value among 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.

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 genitale - Disagio psicologico.
 Lichen sclerosus genitalis - Psychological uneasiness.

Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva
 Facoltà di Medicina e Chirurgia
 Seconda Università degli Studi di Napoli, Italia

© Copyright 2013, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Introduzione

Il lichen scleroatrofico (*sclerosus*) genitale (LSAG) è una patologia infiammatoria cronica, dalla patogenesi non nota, con una prevalenza compresa tra 1:60 e 1:1000 e con maggiore frequenza nelle donne in età prepuberale e perimenopausale (1-3).

Esso, nella donna, insorge sulla cute e sulle mucose genitali, perigenitali ed anali ed evidenzia lesioni atrofiche o chiazze bianco porcellanaceo e/o lesioni infiammatorie quali papule ed escoriazioni associate a prurito e/o dolore che possono ostacolare i rapporti sessuali, la minzione e la defecazione. Le lesioni in modo progressivo modificano le strutture anatomiche dei genitali esterni: 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 disparsunomia, leucorrea e sanguinamento. L'istologia evidenzia atrofia dell'epidermide, ialinizzazione edematosa sub-epidermica, cellule basali vacuolizzate, ipercheratosi ortocheratosica ed infiltrato linfomonocitario a banda. È importante differenziare il LSAG da vitiligine, melanosmi genitale e *lichen simplex*, vulviti ed abusi sessuali. Nel 4-6% dei casi insorge come complicanza la degenerazione carcinomatosa (carcinoma epidermoide della vulva) (1,2,4,5). 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 (6,7).

Il danno fisico e la conseguente riduzione dei rapporti sessuali determina nelle pazienti con LSAG un disagio individuale e relazionale di coppia. Sono state studiate e descritte le relazioni osservate tra i danni fisici e quelli psicologici, i metodi di valutazione impiegati e la stadiazione di gravità clinico-psicologica.

Materiali e metodi

Sono state studiate, dopo consenso informato, 44 pazienti, di 35-62 anni (9,54 DS deviazione standard, moda 39) non fumatrici o consumatrici abituali di alcool, residenti nell'Italia meridionale e con diverse attività occupazionali, affette da LSAG. La patologia era presente da almeno 24 mesi ed è stata confermata dall'esame istologico. Le pazienti sono state divise, in relazione al loro rapporto di coppia, in due gruppi: il primo era composto da 30 donne con relazione di coppia etero stabile da almeno cinque anni, il secondo da 14 donne in condizione di *single* da almeno due anni.

La presenza e la gravità del disagio psicologico legato alla malattia sono state valutate dai diversi gradi di positività dei test accreditati (8-11) quali:

- Il GPP-I (*Gordon Personal Profile Inventory*), l'ITAPI-S (Inventario sintetico italiano di personalità) ed il test MMPI-2 (nell'adattamento ita-

liano di S. Sirigatti) per lo studio della personalità (Tabella 1).

- La SRE (*Schedule of Recent Experience*) per lo studio del disagio pregresso (Tabella 1).
- Il DLQI (Tabella 1) e gli *item* psicologici del nostro test Rilevazione del Sintomo (RS, Tabella 2) per la valutazione del disagio attuale.
- 2-5 colloqui individuali psicoterapeuta - paziente, della durata di 45m' 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 state escluse dallo studio le pazienti:

- a) fumatrici (consumo superiore a 5 sigarette/die) e consumatrici abituali di alcool (dose equivalente/die <500cc-12°) per evitare che l'aumento dei processi di ossidazione e di invecchiamento potessero interferire con la comparsa e la durata delle lesioni (9-11);
- b) affette da patologie genetiche e/o infiammatorie in grado di modificare la mobilità articolare e/o la cute;
- c) affette da neoplasie, da malattie neurologiche e comprese 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;
- d) sottoposte a *stressor* psicofisici (hobby o lavori faticosi, *mobbing* familiare, evento luttuoso, aggressione, grave incidente) per escludere disagi pregressi.

È stato inoltre sottoposto ai test e ad un colloquio medico-paziente un controllo di 44 donne, di 35-62 anni (8,36 DS), non fumatrici e consumatrici di alcool, in apparente buona salute, con relazione di coppia stabile (22 casi) o in condizioni di *single* (22 casi). I giudizi dei test GPPI, ITAPI-S, SRE e RS sono stati tradotti in scala Likert per essere tra loro correlati (Spearman), confrontati con il test MMPI-2 e confermati dai colloqui (12-14).

Risultati

I risultati dei test sulla presenza e l'intensità del disagio sono stati descritti nella Tabella 3. Le mediane dei risultati registrano: valori alti e meno alti nell'86,66% e valori meno bassi e medi nel 13,33% delle pazienti con relazione di coppia stabile; valori alti e meno alti nel 71,42% e valori meno bassi e medi nel 28,57% delle donne *single*. Inoltre, i risultati hanno evidenziato che il disagio è presente (nel 15,24%

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 sè	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	<i>Correlazione tra punteggi Likert e valori</i>				
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	<i>Correlazione tra punteggi Likert e punteggi</i>				
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
Scale MMPI-2 e range T che registrano il disagio psicosociale					
<i>Scale di base</i>					
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		
<i>Scale di contenuto</i>					
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				
<i>Scale supplementari</i>					
A (Ansietà)	73-82	MDS (Disagio coniugale)	75-90		

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

Sintomo	Basso	Meno basso	Medio	Meno alto	Alto
Sintomi fisici					
<i>Soggettivi</i>	assenza	prurito	bruciore	dolore al movimento	dolore persistente
<i>Obiettivi</i>	assenza lesione	eritema	chiazze atrofiche	escoriazioni al movimento	escoriazioni spontanee
<i>Strutture</i>	normali	atrofia	costrizione	adesione	scomparsa
Sintomi psichici					
<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	superabile a volte	superabile raramente	non superabile
Compensazione <i>partner</i>	conforto	partecipazione	comprensione	attenzione	stato passivo

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 TEST	TEST				
	Basso	Meno basso	Medio	Meno alto	Alto
<i>30 pazienti in coppia stabile</i>					
GPP-I p.	0	2	2	8	18
GPP-I i.	0	2	2	8	18
ITAPI-S	0	2	2	8	18
DLQI	0	2	2	8	18
RS psi.	0	0	4	8	18
RS fis.	0	0	4	8	18
Mediana	0	2	2	8	18
%	0				
SRE	22	6	2	0	0
<i>14 pazienti single</i>					
GPP-I p.	0	0	4	6	4
GPP-I i.	0	0	4	6	4
ITAPI-S	0	0	4	6	4
DLQI	0	0	6	4	4
PS psi.	0	0	4	6	4
PS fis.	0	0	4	6	4
Mediana	0	0	4	6	4
%					
SRE	10	4	0	0	0

dei casi) con gravità maggiore nelle pazienti con relazione di coppia stabile rispetto a quelle *single*.

Il controllo presentava 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-I / ITAPI-S e DLQI ($p < 0,0005$), tra GPP-I / 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 le pazienti conferivano alla loro patologia, le problematiche socio-relazionali e di coppia, lo stato psicoemotivo ed i livelli di stress percepito da ciascuna 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 FH Montgomery e OS Ormsby fu definita come *lichen sclerosus et atrophicus* (lichen scleroatrofico) e nel 1914 da Hoffman come *lichen sclerosus* (1,2,5).

Il nostro studio è stato condotto considerando due aspetti: quello psicologico e quello dermatologico. I test ed i colloqui rilevano che il disagio percepito dalle pazienti è determinato, in modo progressivo, dalla sintomatologia soggettiva quale il prurito ed il dolore e da quella obiettiva quale l'eritema, la xerosi legata all'atrofia, l'edema e le escoriazioni. La patologia inizia ad essere percepita dalla comparsa del prurito che rappresenta il primo danno o disagio fisico della regione genito-urinaria (**fase del soma**). Con il trascorrere del tempo questo 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, no-

stante 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 proibisce del tutto il rapporto sessuale ed unito alla sua persistenza anche durante la normale attività fisica (camminare) e/o alla costrizione dei vestiti (pantaloni, collant) produce un disagio non solo relazionale sociale e di coppia, 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 rinchiodare 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 (9,11,13,14).

In 16 pazienti il lichen rappresenta l'unica reazione possibile ad un contesto relazionale fortemente disturbato in cui, attraverso il linguaggio del dolore, esse possono esprimere diverse ed a volte contrastanti modalità di relazione. In tale contesto, lo studio della personalità delle 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 10 pazienti, 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 (10-13).

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 senti-

menti 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 (11,13,14).

Conclusioni

Il rapporto sessuale nei *partner* della coppia oggettivizza la relazione i cui contenuti erano già stati reificati nella sperimentazione dei valori interpersonali e stabilizza così il nucleo familiare primordiale. La sua riduzione e/o perdita nell'oggetto coppia (definita anche come la *no sex syndrome*) nelle pazienti con LSAG determina la dissociazione tra il percepirsi come essere donna e la relazione di coppia.

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 quindi richiede non solo la risoluzione del sintomo, ma anche il miglioramento della qualità di vita delle pazienti. Queste imparano 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 è di tipo multidisciplinare, dove specialisti dermatologi e psicologi praticino un ascolto attivo delle pazienti che chiedono aiuto tramite il loro sintomo (13,14).

Bibliografia

1. Murphy R. Lichen sclerosus. *Dermatol Clin* 2010;28(4):707-175.
2. Thorstensen KA, Birenbaum DL. Recognition and management of vulvar dermatologic conditions: lichen sclerosus, lichen planus, and lichen simplex chronicus. *J Midwifery Womens Health* 2012;57(3):260-275.
3. Higgins CA, Cruickshank ME. A population-based case-control study of aetiological factors associated with vulval lichen sclerosus. *J Obstet Gynaecol* 2012;32(3):271-275.
4. Günthert AR, Duclos K, Jahns BG, Krause E, et al. Clinical scoring system for vulvar lichen sclerosus. *J Sex Med* 2012;9(9):2342-2350.
5. Berger MB, Damico NJ, Menees SB, Fenner DE, et al. Rates of self-reported urinary, gastrointestinal, and pain comorbidities in women with vulvar lichen sclerosus. *J Low Genit Tract Dis* 2012;16(3):285-289.
6. Gurumurthy M, Morah N, Gioffre G, Cruickshank ME. The surgical management of complications of vulval lichen sclerosus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012;162(1):79-82.
7. Sadowska-Przytocka A, Da czak-Pazdrowska A, Szweczyk A, Czarnecka-Operacz M, et al. Treatment of genital lichen sclerosus in women-review. *Ginekol Pol* 2012;83(6):458-461.
8. Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria. Ed. SSE, Firenze 2000.
9. Iurassich S, Iannaccone AM. Stress psicologico e stress fisico nell'invecchiamento della cute. *Derm Clin* 2009;4:120-127.
10. Iannaccone AM, Iurassich S. La cute e la psiche in menopausa. *Derm Clin* 2010;1/2:16-20.
11. Iurassich S, Iannaccone AM, Cioce F. La sindrome dell'ovaio policistico: aspetti psicologici ed estetici in uno studio su 82 pazienti. *Giorn It Ost Gin* 2012;XXXIV(2):387-394.
12. Gabbard GO. *Le Psicoterapie: teorie e modelli d'intervento*. Ed. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
13. Iannaccone AM, Iurassich S. *Se la psiche parla dalla cute e se la cute agisce nella psiche: osservazioni ed esperienze*. Ed CLU, Genova, 2011.
14. Iannaccone AM, Iurassich S. *La Meccanica Razionale*. Ed Chirico Orientamento Medico, Napoli, 2012.