

## I dermotici. Alcuni casi emblematici.

Andreoli E., Finore E.D., Provini A.<sup>o</sup>, Palmeri G.<sup>o</sup>, Fiore A.\*,  
Rovatti G.\*, Mazzatenta C.\*\*\*, Voglino A.<sup>o</sup>, Paradisi M.<sup>o</sup>  
Laboratorio di Psicologia clinica e Psicoterapia psicosomatica, IDI, IRCCS, Roma  
<sup>o</sup>Divisione di Dermatologia Pediatrica, IDI, IRCCS, Roma  
\*Pediatri di base, SIDerP  
\*\*\*Unità di Dermatologia, Lucca

### Riassunto

I dermotici vengono definiti come quei movimenti ripetuti, compulsivi, non sempre accessibili alla coscienza, che provocano un danno cutaneo di vario tipo. Sulla base di una casistica di 10 casi particolarmente esemplificativi, viene discusso il significato di questa realtà così poco studiata e viene proposta, da un punto di vista psicosociale, una classificazione in cinque gruppi, utile per poter valutare i fattori psicologici di tale condotta e valutare la convenienza o meno di una collaborazione tra dermatologo, pediatra e psicologo.

### Parole chiave

Tic, dermatiti da autoaggressività, dermotici.

I tic sono definiti in psicologia come movimenti ripetuti, compulsivi, involontari, oggettivamente non necessari, più o meno complessi, non sempre accessibili alla coscienza e che sono vissuti dal soggetto come un qualcosa di irresistibile, che vorrebbe evitare e di cui, a volte, si vergogna (2, 3).

I tic possono manifestarsi in tutti gli ambiti corporei innervati dal sistema nervoso volontario; esistono pertanto tic facciali, linguali, faringei, della testa e del collo, delle braccia e delle mani, del camminare, del respirare, del parlare, riguardanti la manipolazione di vestiti o oggetti ecc. (11). Queste condotte compulsive si presentano con maggior frequenza nei maschi; l'esordio si colloca intorno ai 5-9 anni, con un picco tra i 9 e gli 11 anni, seguito da una fase di stabilizzazione e lenta riduzione durante l'adolescenza; la loro frequenza in età evolutiva è stimata

intorno al 20 %. Questi bambini con frequenza associano a tali comportamenti un'ampia varietà di disturbi che vanno da problemi emotivi e comportamentali, a disturbi del sonno e dell'apprendimento, a deficit dell'attenzione con iperattività e disturbo ossessivo compulsivo (10).

La manifestazione dei tic varia secondo le condizioni fisiche, emotive ed ambientali, in cui è il bambino; ad esempio, tendono ad aumentare quando è stanco, ansioso, teso o quando ne prende coscienza e in genere diminuiscono, fino a sparire del tutto, nei momenti di rilassamento e/o quando il soggetto è impegnato in occupazioni che sono per lui particolarmente piacevoli e distensive.

I fattori dai quali dipende direttamente lo specifico comportamento definito come tic sono normalmente di tipo psicosociale; tra questi si rileva come particolarmente significativo quello



Fig. 1: Petecchie del mento (caso n. 1) conseguenti all'aspirazione dell'aria di un bicchiere posto intorno alla bocca.



Fig. 2: Ipercheratosi da mordicchiamento delle nocche delle mani (caso n. 3).

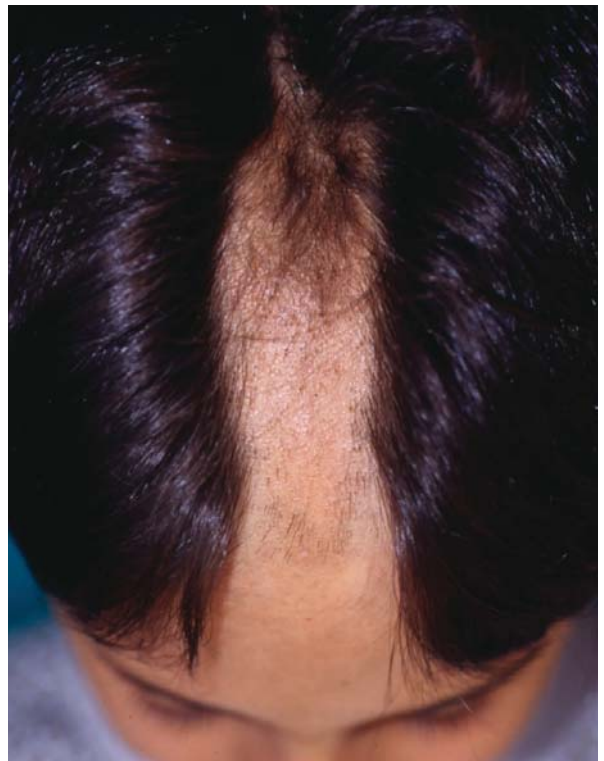


Fig. 3: Tricotillomania della regione fronto-parietale (caso n. 4).



Fig. 4: Petecchie del lobo auricolare (riquadro) da movimenti compulsivi di strofinio (caso n. 5).



Fig. 5: Lesioni irritative del capezzolo destro da pizzicamento compulsivo (caso n. 6).

dell'insoddisfazione affettiva, che, in età evolutiva, può essere legata all'ambiente familiare o a quello scolastico (4).

Quando i tic provocano un danno alla cute, come escoriazioni, ematomi, petecchie, ecc., parliamo di "dermotic" (5). Questi non sono infrequenti nella pratica quotidiana del dermatologo o del pediatra, sebbene siano raramente oggetto di una disamina approfondita. Solo eccezionalmente sono di gravità tale da dominare il quadro clinico in sindromi ben definite, come nella sindrome di Gilles de la Tourette o da complicarlo in qualche modo, come nella sindrome di Prader Willi (9).

Il più delle volte non necessitano di un trattamento specifico ed è sufficiente spiegare ai genitori il meccanismo di formazione per aiutarli ad alleviare la loro ansia e preoccupazione.

Per approfondire il significato di questo particolare tipo di condotta, abbiamo preso in considerazione alcuni casi che ci sono sembrati particolarmente esemplificativi, selezionandoli nella casistica della VII Divisione di Dermatologia Pediatrica dell'IDI e tra quelli presentati nel Forum di Dermatologia Pediatrica.

### Casi clinici

*Caso 1.* K., 8 aa, maschio. Viene portato in ambulatorio perché presenta delle petecchie al mento (Fig. 1) senza accusare alcun altro disturbo. Ad una più attenta analisi le petecchie risultano provocate dal "gioco del bicchiere" che K. fa a scuola; appoggiando un bicchiere alla bocca e al mento, aspira l'aria creando il vuoto che, per pressione, causa le petecchie.

*Caso 2.* G., 7 aa, maschio. Oltre a presentare un'onicofagia, si lecca ripetutamente il labbro inferiore e non ci sono ragioni che riescano a farlo desistere. Estate e inverno, questo è il suo sorriso.

*Caso 3.* M., 14 aa, maschio. Affetto da onicofagia, da circa due anni inizia gradualmente a presentare delle lesioni alle mani (Fig. 2). Interrogato in proposito confessa di "mordersi" le mani e si giustifica dicendo: "mi prude", "ci ho fatto l'abitudine". La diagnosi dermatologica è di "chewing pads".

*Caso 4.* M., 8 aa, maschio. È figlio unico di una coppia di recente emigrata in Italia ed i genitori, desiderando che il bambino si integri nel nuovo paese, stimolano in lui condotte di perfezionismo che lo portano ad impegnarsi eccessivamente in ambito scolastico e nelle relazioni con i compagni. A tal proposito lo forzano a compiacerli e a non reagire mai. Questo vissuto di costrizione determina in lui una tensione costante così che, per scaricarla, si strappa i capelli (Fig. 3).

*Caso 5.* T., 2 aa, maschio. Viene portato in ambulatorio per problemi non dermatologici. Al momento di eseguire una otoscopia, si nota sul lobo dell'orecchio destro un'area eritematosa che, ad un esame più accurato, rivela anche la presenza di piccole petecchie. Il bambino, nei momenti di rilassamento o quando la vita "si fa dura", strofina, pizzicandolo, il lobo del suo orecchio; non contento, rivolge le stesse attenzioni all'orecchio della madre (Fig. 4).

*Caso 6.* A., 5 aa, femmina. Da sempre per addormentarsi si pizzica il capezzolo destro (Fig. 5), fino ad escoriarlo, in estate, quando è meno vestita. I genitori, per contenere tale pratica e cercando di limitare i danni, mettono un cerotto, ma la piccola è tenace e non sempre riescono a fermarla.

*Caso 7.* P., 3 aa, maschio. Presenta delle lesioni localizzate al dorso del naso fino all'attaccatura dei capelli (Fig. 6), provocate dall'attività di sfregamento del bordo del ciuccio, con il risultato di una dermatite lichenificata e di una alopecia traumatica.

*Caso 8.* L., 3 aa, femmina. Nel corso dell'esame obiettivo si rileva una piccola chiazza eritematosa escoriata alla guancia sinistra (Fig. 7). Interrogata in proposito, la madre riferisce che la piccola ha l'abitudine di succhiarsi il 3° e 4° dito della mano e, contemporaneamente, mette in atto un sistematico movimento di grattamento della guancia con il dito indice.

*Caso 9.* A., 11 aa, femmina. Molto impegnata a scuola, durante la verifica di storia si è mordicchiata la mucosa del labbro inferiore. Il sale delle patatine fritte che poi ha mangiato a casa ha complicato la sintomatologia con un meccanismo irritativo. Non sono presenti altre lesioni alla mucosa del cavo orale.

*Caso 10.* F., 17 aa, maschio. Dall'infanzia ha l'abitudine di succhiarsi frequentemente i due pollici ed inoltre da 2 anni si accartocchia i padiglioni delle orecchie (Fig. 8), incuneandoli nelle conche. Tale abitudine ha determinato l'insorgenza di una condrite bilaterale da lussazione indotta della cartilagine dell'antelice.

### Discussione

Dopo aver formulato una diagnosi di dermotoc, ci è sembrato importante riuscire a capire cosa "sostiene" il manifestarsi ed il mantenersi di tale specifica condotta, così da poter intervenire correttamente. In conseguenza, abbiamo cercato di suddividere in gruppi i casi presentati, non sulla base di una valutazione propriamente dermatologica (e dunque riguardante il tipo di lesione esitato dalle condotte ripetitive presentate dal bambino), ma a partire da un punto di vista psicosociale che potesse, almeno con una certa approssimazione, farci ipotizzare "perché" il soggetto mette in atto tale condotta (6).

Abbiamo così ipotizzato i seguenti cinque gruppi in cui poter far confluire le differenti attività ripetitive, a seconda delle loro caratteristiche psicosociali:

- a.** quello delle attività di gioco, come nel caso 1;
- b.** quello relativo a comportamenti abitudinarî non finalizzati, come nei casi 2 e 3 (1, 7);
- c.** quello di condotte condizionate da una inadeguata costrizione ambientale o educativa, come nel caso 4;
- d.** quello di comportamenti correlati con la necessità del bambino di autostimolarsi per provare piacere o per rassicurarsi, come nei casi 5, 6, 7 e 8;
- e.** quello di attività condizionate dal bisogno di rilassarsi e/o di scaricare l'ansia, come nei casi 9 e 10.

Una condotta di dermotoc può essere relativa a più di uno di questi fattori determinanti. Infatti, ad esempio, una inadeguata costrizione ambientale o educativa può associarsi al bisogno di rilassarsi e/o di scaricare l'ansia.

Può anche accadere che nel tempo muti ciò che inizialmente ha determinato tale condotta, così che essa può passare da un gruppo all'altro;

ad esempio, la necessità del soggetto di autostimolarsi per provare piacere o per rassicurarsi, che è caratteristica dei primi anni di vita, può perdere nel tempo il suo significato peculiare e divenire così un comportamento abitudinario non finalizzato (8).

Questa distinzione in gruppi ci è sembrata utile affinché il medico, dermatologo o pediatra, possa ipotizzare, sulla base dei dati anamnestici, una prima valutazione dei determinanti di tale condotta e contribuire così a valutare la convenienza o meno di una collaborazione con lo psicologo.

La consulenza dello psicologo può essere utile per una migliore comprensione della situazione, anche al fine di valutare il tipo di intervento psicologico eventualmente necessario ad affiancare la terapia medica. Così facendo, oltre a curare le lesioni cutanee esito dei tic, si può cercare di controllare e/o di estinguere il comportamento stesso, intervenendo sui fattori che lo condizionano, così da rendere efficaci nel tempo le prescrizioni del dermatologo.

A seconda della situazione, l'attività dello psicologo può essere riferita direttamente al bambino o essere un intervento di consulenza ai genitori. In quest'ultimo caso è importante suggerire loro che, ad esempio, se l'attività da estinguere è un'attività di gioco negativa, possono vietarla al figlio spiegandone il motivo, ma se invece si tratta di un comportamento abitudinario non finalizzato, sarebbe non solo inutile ma controproducente tentare di impedirlo (sia verbalmente che con accorgimenti esterni). In questo caso infatti è molto più produttivo ignorare tale condotta e mettere il bambino nella condizione di occuparsi diversamente in altre attività, soprattutto quelle che sono per lui particolarmente desiderate o interessanti, così da condizionarlo a tralasciare "spontaneamente" il comportamento indesiderato.

In effetti, nonostante a volte i tic possano essere momentaneamente controllati in modo volontario (soprattutto quando il bambino stesso si rende conto di ciò che fa ed è motivato a evitarlo), in genere accade che quanto maggiore è la coscienza, il rifiuto e lo sforzo che si fa per superare i propri tic, tanto più essi si fanno presenti in modo compulsivo (12).

Sono quattro i principali approcci terapeutici che hanno lo specifico obiettivo di controllare e/o di estinguere i tic, quando si riconosce la necessità di tale intervento. L'approccio farmacologico è attuato fundamentalmente mediante la somministrazione di farmaci ad azione sedativa, utili, ad esempio, in casi di tensione e/o ansia legati ad aspetti o circostanze puntuali, circoscritte e transitorie (come può essere il periodo che precede un esame o un intervento medico), affinché una specifica modalità di reazione comportamentale non si strutturi permanendo nel tempo.

Quello di rieducazione psicomotoria, che tende a favorire nel bambino, attraverso la realizzazione di specifici esercizi, la capacità di rilassarsi e di acquisire il controllo volontario dei movimenti. Questo approccio terapeutico di rieducazione motoria può essere particolarmente utile, ad esempio, nel caso di bambini molto tesi

o che presentano abitualmente comportamenti non finalizzati.

Quello psicoterapeutico, che può essere di vario tipo ed in genere è attuato nei casi in cui il bisogno del bambino di rilassarsi e/o di scaricare l'ansia è legato a specifiche e strutturate caratteristiche di personalità.

Quello di modifica ambientale, in cui si privilegia un intervento "indiretto", evitando di intervenire sul bambino, perché non si senta "problematico" e diverso dagli altri, cosa che potrebbe, paradossalmente, accentuare i suoi problemi. Attraverso interventi di consulenza psicopedagogica ai genitori, questo intervento può riferirsi specificamente, ad esempio, alle richieste che questi fanno al bambino e/o a alle modalità abituali di relazionarsi con lui; alle consuetudini familiari che possono favorire il manifestarsi del tic; ad attività di gioco che possono essere negative, per poterle evitare; ecc..



Fig. 6: Lesioni irritative del dorso del naso e alopecia traumatica da strofinamento del ciuccio (caso n. 7).

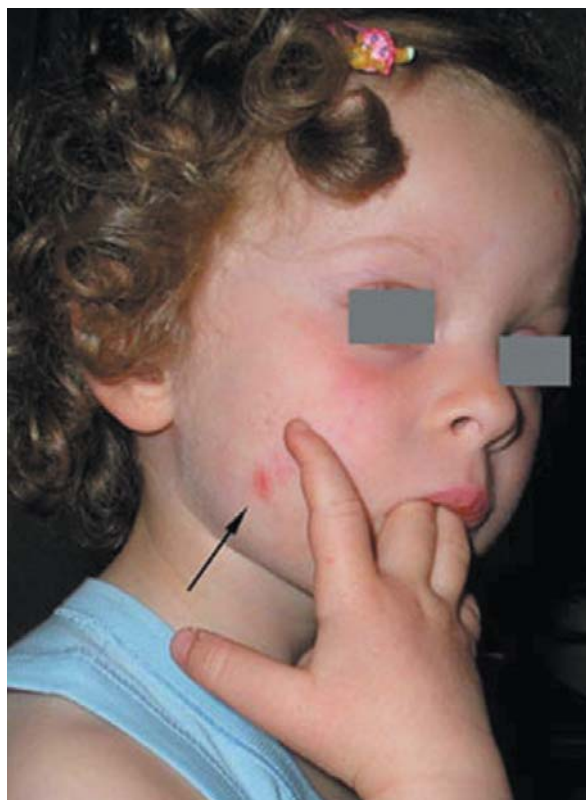


Fig. 7: Lesioni irritative della guancia destra da sfregamento con il 2° dito (caso n. 8).

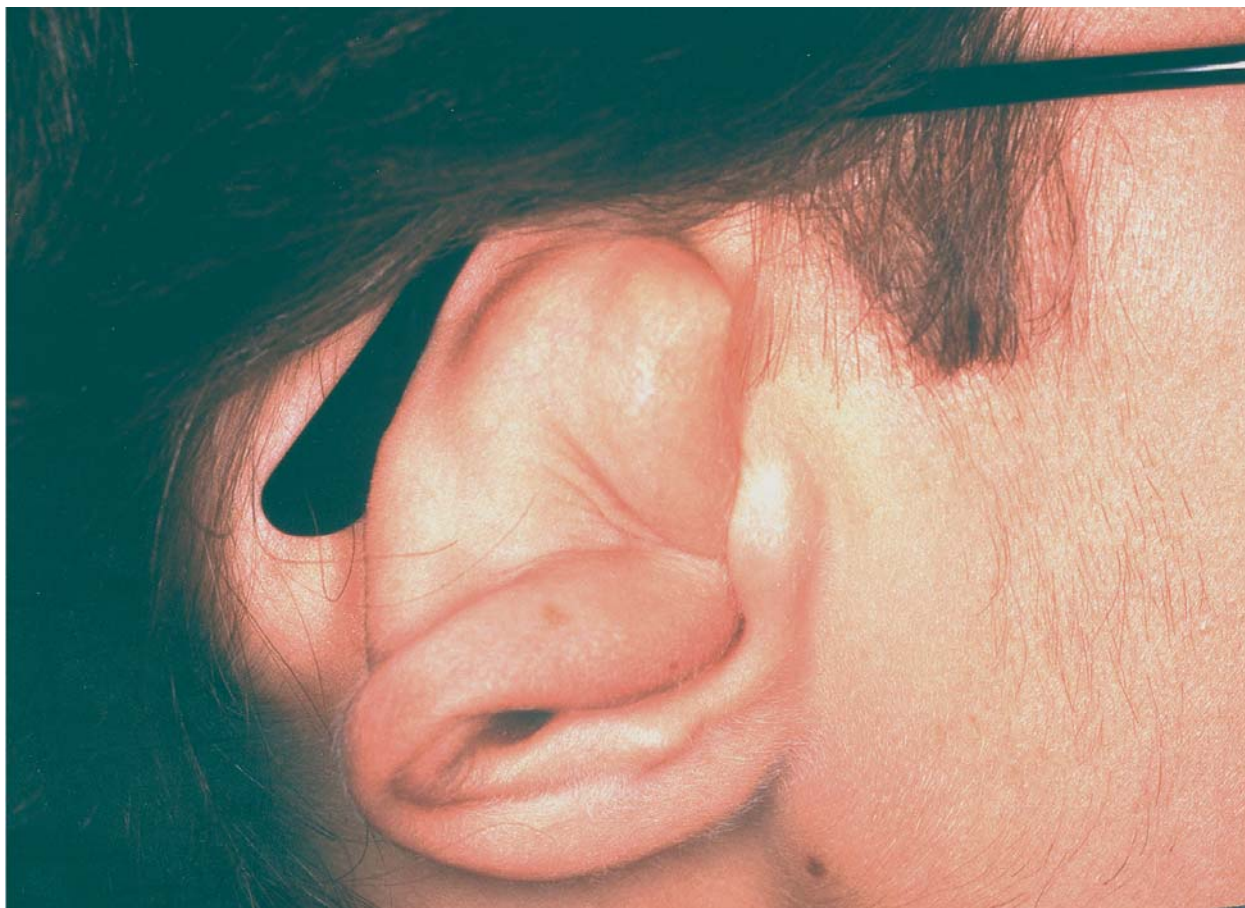


Fig. 8: Questo ragazzo (caso n. 10) accartoccia il padiglione dell'orecchio e se lo infila nel padiglione auricolare fino a determinare una lussazione della cartilagine dell'antelice.

### Conclusioni

È dunque importante non sottolineare in alcun modo le condotte del bambino definite come tic, ma analizzarne le possibili cause, privilegiando ogni qual volta la situazione lo rende possibile, un intervento di modifica ambientale.

Evidentemente è necessario tenere in considerazione le conseguenze negative che tali comportamenti ripetitivi possono avere, sia a livello di salute fisica, sia in ambito personale -soprattutto relativamente all'autoimmagine e all'autovalutazione del bambino-, relazionale e sociale -in riferimento alla sua "immagine e valutazione sociale"-, giacché di norma i tic che si presentano durante l'infanzia o l'adolescenza, nella maggior parte dei casi si risolvono "spontaneamente" con la crescita del soggetto e/o quando i fat-

tori che li hanno condizionati vengono a mancare o comunque diventano significativamente meno importanti.

Quanto detto ci rimanda, ancora una volta, alla significatività di un intervento pluridisciplinare, frutto della collaborazione tra pediatra, dermatologo, psicologo e genitori.

Corrispondenza a:  
Dott. Mauro Paradisi  
Istituto Dermatologico dell'Immacolata - IRCCS  
Via dei Monti di Creta, 104  
00167 Roma

### Bibliografia

- 1) Cambiaghi S., Pistritto G. - Suction Pads related to thumb sucking and chewing. *Br. J. Dermatol.* 138, 1096-7, 1998.
- 2) Consoli S. - *Psychiatrie et dermatologie*. *Encycl. Mèd. Chir. (Dermatologie)* Elsevier, Paris, 1997; 12-965-A-10, 12 p.
- 3) Foglio Bonda P.G. - *I disturbi psicologici dello sviluppo infantile. Come conoscerli e trattarli*. Milano, Franco Angeli, 1996.
- 4) Geller D.A., Biederman J., Jones J., et Al.- *Obsessive-compulsive disorders in children and adolescents: a review*. *Harvard Rev. Psychiatry* 5, 260-73, 1998.
- 5) Koo J.Y., Smith L.L. - *Obsessive compulsive disorders in the pediatric dermatology practice*. *Pediatr. Dermatol.* 8, 107-13, 1991.
- 6) Koo Jhon Y.M. - *Skin Disorders*. In: H.I. Kaplan, B.J. Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1999.
- 7) Leung A.K.C., Robson Wm.L.M. - *Nailbiting*. *Clinical Pediatrics* 29, 690-2, 1990.
- 8) Oranje A.P., Bilo R.A.C. - *Habit disorders and factitious disease*. In: Harper J., Oranje A. & N. Prose eds. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Blackwell Science Ltd, Oxford 2000. Vol.2, Chapter 26.2: 1719-28.
- 9) Porta M. - *I Tic*. Guerini e Ass. Editore, Milano, 1996.
- 10) Romano A., Cundari G., Bruni O., Cardona F. - *Tic disorders and arousal dysfunction: clinical evaluation of 49 children and adolescents*. *Minerva Pediatr.* 56, 327-34, 2004.
- 11) Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.J.G. - *Textbook of Dermatology*, vol. 1, Blackwell Science Ltd, Oxford 1998.
- 12) Stein D. J., Hollander E. - *Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder*. *J. Am. Acad. Dermatol.* 26, 237-42, 1992.