

# La sindrome di Ekbom: uno studio su due casi

Anna Maria Iannaccone, Stefano Iurassich<sup>1</sup>

Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Salerno

<sup>1</sup>Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Audiolfoniatria e Dermatovenereologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia Seconda Università degli Studi di Napoli

## Riassunto

**Introduzione.** La Sindrome di Ekbom è una rara malattia caratterizzata dalla convinzione del paziente di essere invaso da parassiti. Questi causano prurito e/o punture di spillo con intenso grattamento e lesioni escoriate.

**Scopo.** Descriviamo due casi dove il trattamento psicoterapeutico ha permesso quello farmacologico, rimosso le cause e prodotto la scomparsa della sintomatologia.

**Caso Clinico.** Le pazienti, 67 e 70 anni, dopo la morte traumatica di un familiare presentavano prurito e lesioni da grattamento al cuoio capelluto, al tronco e agli arti. Esse attribuivano tale sintomatologia ad una infestazione. Le pazienti sono state sottoposte ai test Rorschach e Machover, alla psicoterapia ed alla somministrazione di antipsicotici.

**Risultati.** I test evidenziavano nelle pazienti che l'esame di realtà era compromesso e il dirigersi verso una patologia psicotica. Erano presenti coartazione affettiva, umore depresso, estraneità all'ambiente e polarizzazione del pensiero. I colloqui permettevano di comprendere che il delirio era la conversione di un disagio psichico. Il trattamento psicoterapeutico ha permesso l'accettazione di quello farmacologico e la regressione della psicosi.

**Discussione.** Il delirio e le allucinazioni tattili sono state indotte da un inevitabile trauma psichico (lutto). Il contenuto del delirio è la morte che è collegata agli insetti. La prova del delirio sono le lesioni cutanee. Inoltre, il prurito ed il grattamento potrebbero essere determinati da reazioni regressive emozionali che determinano un ruolo rassicurante e che stabilizzano il conflitto emotivo.

**Conclusioni.** Riteniamo che il delirio di infestazione possa insorgere da un evento percepito come terrificante, perché negativo, immediato, non prevedibile ed inarrestabile.

**Parole chiave:** delirio, parassitosi, prurito, lutto.

## Introduzione

La Sindrome di Ekbom è il delirio di infestazione. Essa compare in prevalenza durante l'età presenile o senile nel sesso femminile ed in assenza di segni di deterioramento cognitivo o della personalità. Un evento improvviso e preciso (toccare un animale, indossare un indumento altrui o ingerire materiale ritenuto infetto) coinvolge l'equilibrio psi-

## Summary

**Introduction.** Ekbom's syndrome is a rare disease characterized by the patient's belief to be invaded from parasites. It causes itch and/or pins and needles with intense scratching and excoriated lesions.

**Aim.** We describe two cases where the psychotherapeutic treatment has allowed pharmacological one, removed the causes and produced the disappearance of symptoms.

**Clinical Case.** Patients, aged 67 and 70 years, after the traumatic death of a family member showed intense itch and excoriated lesions on scalp, trunk and limbs. They attributed these symptoms to an infestation. The patients were submitted to Rorschach and Machover tests, psychotherapy and anti-psychotic.

**Resulted.** The patients present compromised the examination of reality and go toward a psychotic pathology. Affective compulsion, depressed humor, extraneousness to the environment and polarization of the thought, were present. The interviews pointed out the delirium was the conversion of an uneasiness psychic. The psychotherapeutic treatment has allowed the patients to accept the pharmacological one and the regression of the psychosis.

**Discussion.** The delirium and the tactile hallucinations are been induced by an inevitable psychic trauma. The content of the delirium is the death and it is connected to the bugs. The skin lesions are the proof of the delirium. Besides, the itch and the scratching could be determined by emotional regressive reactions. They determine a reassuring role and stabilize the emotional conflict.

**Conclusions.** We retain that in the previous cases the delirium of infestation can occur by an event perceived as terrifying, because it is negative, immediate, unpredictable and unstoppable.

**Key words:** delirium, infestation, itch, mourning.

cofisico del soggetto e gli causa sia la comparsa di una intensa sensazione pruriginosa localizzata o diffusa e sia la consapevolezza della presenza di una patologia da infestazione (1, 2, 3). Questo costituisce il delirio monotematico, lucido, sistematizzato, cronico, caratterizzato da fenomeni allucinatori tattili e visivi. I primi sono supportati dalla convinzione del paziente di essere invaso da parassiti sulla o nella cute, che la causa di questi è il trascorso

di elicitazione che potrebbe sottendere la comparsa della sindrome (cioè il perché l'evento dovrebbe produrre il delirio ed in particolare il tipo di delirio che presenta questa sindrome).

#### *Riflessioni sulla patogenesi*

Le pazienti osservate durante i colloqui riferivano una costante e continua attenzione per la pulizia personale e dell'ambiente circostante. Questa attenzione era una loro caratteristica di personalità, precedeva la comparsa della sindrome e (come descritto dai familiari) diventava progressivamente ingravescente: nevrosi ossessivo compulsiva. In questa fase iniziale il soggetto avverte lo sporco diventare sempre più resistente (fase ossessiva) e la conseguente opera di pulizia (fase maniacale) sempre meno efficace (fase depressiva). Tuttavia, il sintomo (il pulire) rappresenta un fattore protettivo verso l'insorgere della psicosi. Tale nevrosi viene elicitata nel vissuto da diversi e numerosi eventi che si manifestano al soggetto come causa dello sporco e che progressivamente demoliscono i meccanismi di difesa caratteriale: aumenta lo stato di depressione insorge la psicosi (fase di transizione o di esaurimento funzionale della razionalizzazione). Lo sporco nell'immaginario collettivo è ritenuto la sede privilegiata di piccoli animali (gli insetti). L'ossessione dello sporco nella nevrosi diventa l'ossessione degli insetti nella psicosi. La cute nella nevrosi mantiene la sua funzione di organo di confine (di difesa e separazione dallo sporco), nella psicosi invece è sede di parassiti (infestazione). Essa è la parte "più parlante" del corpo è la sede di scarico delle tensioni ed il parassita possiede tutte le qualità per materializzare la minaccia elaborata nel pensiero ossessivo. In questa fase qualsiasi evento legato al concetto soggettivo di sporco è in grado di causare l'insorgenza della sindrome o meglio del delirio espletato attraverso il prurito (allucinazione tattile soggettiva) ed i parassiti (allucinazione visiva con pretesa oggettiva). Nella nevrosi l'ossessione dello sporco necessita della mania del pulire, nella psicosi la morte, percepita con la stessa sensazione di rifiuto che le pazienti manifestano verso lo sporco, non elaborata produce gli stessi insetti che l'immaginario collettivo collega allo sporco più deleterio. L'evento preciso che nelle pazienti ha indotto il delirio è stato il trauma del lutto. Questo non assume una precisa forma fisica come riportato nei precedenti casi in letteratura (1,2,4) ed inoltre non è avvenuto serenamente per cause naturali. La *necessità* del delirio è la nuova difesa dalla realtà (evento morte), il *contenuto* del delirio sono gli insetti e la *prova* del delirio (il raziocinio all'immaginario) sono le uova mostrate al medico (in A.G.), il prurito (in M.A.) ed i traumatismi prodotti sulla cute dal trattamento. Questi concretizzano il disagio in un danno visibile e richiamano l'attenzione dei familiari che sono così costretti a partecipare ed a "testimoniare" lo stato dell'infestazione (la *conferma* del delirio). In questa fase il delirio si amplifica per diventare familiare (plagio del processo delirante in A.G.). La terapia non poteva essere un oggetto sostitutivo dell'attenzione richiesta dalle pazienti perché assumeva un ruolo rassicurante nei familiari che avrebbero così diminuito la loro partecipazione. Le pazienti richiedevano invece di essere il centro degli interessi affettivi familiari e che questi fossero coinvolti nel lutto (polarizzazione del pensiero). In questa fase il delirio di infestazione evidenzia la sua personalità paranoica ed istrionica.

ca. Il grattarsi rappresenta ora per le pazienti il principale contatto con la realtà ed è attraverso di esso che, nel "comunicare" il loro disagio ai familiari, trovano piacere e vincono la patologia oncologica (in A.G.) o la morte improvvisa (in M.A.) a cui sono state esposte.

#### *Riflessioni sulla sintomatologia*

La nevrosi ossessivo compulsiva delle pazienti potrebbe essere determinata dalla fissazione alla fase anale dello sviluppo conseguenza di una educazione rigida legata al controllo degli sfinteri (Freud). Il delirio tattile (prurito e grattamento) delle pazienti invece potrebbe trovare la sua origine anche in cause remote o reazioni regressive emozionali che riportano il soggetto ad un precedente stadio di vita dove gli istinti emotivi sono meno controllati (precedente alla fase anale). Tale stadio, poiché appartiene al vissuto e quindi è già stato sperimentato dal soggetto, conferisce al prurito un ruolo rassicurante e stabilizza il conflitto emotivo. Pertanto il prurito ed il grattarsi possono essere vissuti come eventi centrali del comportamento, come conversione, come fattori tranquillizzanti o di piacere e/o come meccanismi intrapsichici legati a desideri sessuali rimossi (il grattarsi come sostitutivo dell'atto sessuale) (6, 7, 9, 12, 13). Le pazienti hanno una personalità fragile, emotivamente instabile, talvolta con tratti aggressivi. La sindrome inoltre può sottendere vari disturbi: psicosi tossiche, disturbi schizofrenici, affettivi, nevrotici o paranoidei. Spesso i soggetti ed i parenti prossimi presentano una morbilità per disturbi psichiatrici (attacchi di panico, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi affettivi e psicotici) più elevata che nella popolazione generale (3, 5, 13).

#### *Riflessioni sulla terapia*

Il grattarsi (sintomo) quando è attuato come terapia non è più in grado di soddisfare la richiesta di centralità familiare (paranoico – istrionica) e la polarizzazione del pensiero sul lutto (distruzione della fase paranoica – istrionica). Le lesioni da grattamento ora non esprimono più il disagio (e la conferma dell'infestazione), ma l'attuazione della terapia e quindi da messaggio di richiesta di attenzione diventano segno rassicurante per il paziente e per i familiari. La sensazione del prurito senza la necessità del grattamento o meglio delle conseguenti lesioni non ha più motivo per essere percepita (distruzione dell'allucinazione tattile). Anche la funzione degli insetti progressivamente si indebolisce: essi non servono più a giustificare il prurito (perdita dell'allucinazione visiva). Infine, l'accettazione della terapia farmacologica attesta il ripristino del contatto con la realtà (fine della psicosi e quindi del delirio).

#### **Conclusioni**

Riteniamo che nelle pazienti il delirio sia stato indotto dal trauma lutto. Questo è diverso dai precisi eventi fisici descritti in letteratura perché è conseguenza di cause non note, non prevedibili e non controllabili. Riteniamo che il delirio di infestazione possa insorgere nei soggetti predisposti da un evento percepito come terrificante perché negativo, ignoto, immediato, non prevedibile ed inarrestabile. Lo studio multidisciplinare (psichiatrico, psicoterapeutico, dermatologico) è necessario per il miglioramento e la risoluzione della sindrome. Infatti, nelle pazienti, è stata la psicoterapia



che ha permesso l'accettazione del trattamento farmacologico e quindi la progressiva regressione dei sintomi.

### Bibliografia

1. Ekbohm KA. The Pre-Senile Delusion of Infestation. *History of Psychiatry* 2003; 14: 232-256.
2. Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax J. Psychogenic Parasitosis: A Case Series and Literature Review. *Psychosomatics* 1998; 39:491-500.
3. Szepletowski JC, Salomon J, Hrehorow E, Pacan P, Zalewska A, Sysa-Jedrzejowska A. Delusional parasitosis in dermatological practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 462-465.
4. Colombo G, Caimi M, Dona GP. Shared Ekbohm's syndrome. A case study. *European Psychiatry* 2004; 19: 115-116.
5. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clinical and Experimental Dermatology* 2008; 33: 113-117.
6. Di Nuovo S, Cuffaro M. *Il Rorschach in pratica*. Milano: Franco Angeli Editore, 2004.
7. Valente Torre L, Freilone F. *Psicopatologia clinica e Rorschach. La valutazione psicodiagnostica*. Bologna: UTET Editore, 2005.
8. Opali 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.
9. Merritt RD, Kok CJ. Implications of the people = male theory for the interpretation of the Draw-A-Person Test. *J Pers Assess* 1997; 68 (1): 211-214.
10. Andolfi M. *I pionieri della terapia familiare*. Milano: Franco Angeli Editore, 2005.
11. Bruni F, De Filippi PG. *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri Editore, 2007.
12. Stanghellini G. Forms of Madness and Psychopathology. *Int J Psychoanal* 2009; 90 (2): 420-422.
13. Robinson DJ. Reel psychiatry. *Int Rev Psychiatry* 2009; 21 (3): 245-260.