

# Tricotillomania, il disturbo negato

**Sebbene diffusa, questa particolare forma di disturbo ossessivo compulsivo viene troppo spesso ignorata.**

di Paolo Zaccari

**Il termine Tricotillomania, o Hair Pulling Disorder (HPD)**, fu introdotto nel 1889 da Francois Henri Hallopeau, con lo scopo di indicare una condizione caratterizzata dal frequente atto di tirare i capelli con conseguente perdita di quest'ultimi. Nel DSM IV, il manuale diagnostico di riferimento in ambito psichiatrico dei disturbi mentali, la tricotillomania era classificata come un disturbo del controllo degli impulsi; oggi tale condizione è inserita nel DSM 5, nella categoria dei disturbi dello spettro ossessivo compulsivo.

I criteri diagnostici per la diagnosi di questo disturbo, proposti dal DSM 5, sono i seguenti:

- **A.** Strapparsi ricorrentemente i capelli, con la conseguente perdita;
- **B.** Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tale comportamento;
- **C.** Causa un disagio clinicamente significativo, la compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento;
- **D.** La perdita dei capelli, o l'azione ossessiva, non è attribuibile a un'altra condizione medica;
- **E.** Strapparsi i capelli non è collegato

a sintomi di un altro eventuale disturbo mentale.

Gli individui con HPD tipicamente si "tirano i capelli" utilizzando le dita, pinzette o altri strumenti. La lunghezza della durata di un episodio di tricotillomania è individuale, ma la media è di 30-45 minuti al giorno. Le aree maggiormente colpite sono il cuoio capelluto, le ciglia, le sopracciglia, la barba e le aree pubiche. Alcuni soggetti spesso ingeriscono i capelli strappati, con il rischio di formare trico-bezoari, riportare **serie complicazioni gastrointestinali e interventi chirurgici**. Strapparsi continuamente i peli può portare anche allo **sviluppo di dermatiti e infezioni** nelle zone interessate e, nei casi più gravi, si può arrivare all'**alopecia**, cioè alla diminuzione della quantità dei capelli, così come della loro qualità (colore e spessore) in uno o più punti della testa.

**Un disturbo diffuso.** Si stima che L'HPD colpisca circa l'1% della popolazione, prevalentemente di sesso femminile.

Le differenze di genere possono essere dovute al fatto che le donne sono più inclini degli uomini a chiedere aiuto

e ad accedere ai servizi specialistici; inoltre, molti uomini presentano tale disturbo in comorbidità con il Disturbo Ossessivo Compulsivo, pertanto viene probabilmente sotto-diagnosticato. Esistono tre tipologie di HPD:

- **Esordio precoce.** Si presenta in bambini con età inferiore agli otto anni;
- **Automatico.** L'episodio di pulling ha luogo quando il soggetto è impegnato a fare altro (guardare la televisione, leggere, ecc.). Questa tipologia colpisce il 75% dei pazienti;
- **Focalizzato.** I pensieri occupano l'attenzione del soggetto e il pulling avviene in risposta a un sentimento di urgenza (ad esempio ridurre la tensione), a un impulso o a uno stato emotivo negativo.

La comorbidità è alta anche con la depressione maggiore (37 - 65%), con i disturbi d'ansia (55 - 60%) e con l'abuso di alcolici (33%). La diagnosi differenziale va fatta rispetto al disturbo ossessivo compulsivo, al dismorfismo corporeo, ai sintomi psicotici e a condizioni che possono essere dovute a una patologia medica o dermatologica. Come si può facilmente immaginare, questo disturbo è causa di forte disagio emotivo, in quanto **incide assai**





**negativamente sull'immagine che il paziente ha di se stesso, del suo corpo e sulle sue relazioni sociali.** Si vergogna delle chiazze spesso visibili sul cuoio capelluto (i capelli risultano molto indeboliti e la ricrescita nelle zone interessate avviene più lentamente che altrove), talvolta è costretto a tenere i capelli molto corti o a indossare parrucche e



questo può spingerlo a evitare o ridurre i contatti sociali, nel timore che il suo problema venga scoperto.

**Come intervenire.** Le teorie cognitivo-comportamentali ritengono che alcuni pensieri («Questo capello grigio deve andarsene») e le sensazioni emotive, possono costituire un fattore scatenante per il comportamento di pulling. In particolare, ansia, agitazione e noia sembrano essere emozioni fortemente correlate all'insorgere del comportamento disfunzionale, che però assume una valenza ansiolitica e di rinforzo (una forma di "coccola" che il soggetto si concede).

Molto importanti sono anche i fattori contestuali, in quanto, possono incidere sulla messa in atto del comportamento; i fattori scatenanti possono essere: una specifica stanza, sedersi su un divano, guidare, ecc. La terapia cognitivo-comportamentale propone per il trattamento diversi interventi tra i quali il più diffuso è l'**Habit Reversal Training (HRT)** che, a sua volta, si compone di differenti proposte come, ad esempio, il training sulla consapevolezza, il training sulla risposta compensatoria, il supporto sociale e il controllo degli stimoli. Il training sulla consapevolezza si articola in una serie di incontri che hanno lo scopo di incrementare la consapevolezza del paziente rispetto ai comportamenti. Occorre anzitutto individuare i cosiddetti *warning signs*, ovvero gli stimoli ambientali e sensoriali che predicono il verificarsi del pulling. All'intervento in seduta si affianca spesso l'attività di automonitoraggio: una volta individuati gli stimoli scatenanti, è possibile iniziare il training sulla risposta compensatoria concordando, insieme, un'azione da mettere in atto quando si riconosce un *warning sign* che potrebbe attivare il comportamento di pulling. La risposta compensatoria ha particolari caratteristiche: deve essere semplice, incompatibile con la tricotillomania e socialmente discreta. Una volta stabilita, tale azione viene svolta per un minuto o finché la sensazione di urgenza di strappare i capelli decade. Può essere utile affiancare a questa strategia

l'insegnamento di **tecniche di distrazione e di rilassamento specifiche**, quali la mindfulness o il rilassamento muscolare di Jacobson, con l'obiettivo di abbassare i livelli di tensione psicofisica in maniera più funzionale e di acquisire una migliore capacità di autoregolazione emotiva.

Il supporto sociale si realizza attraverso una persona scelta nel contesto relazionale del paziente: il soggetto che fa da supporto sociale ha il compito di rinforzare e lodare il paziente quando usa le strategie apprese in terapia; in caso contrario, senza usare un atteggiamento giudicante o un tono di rimprovero, andrà a disincentivare il comportamento disfunzionale, ricordando l'utilizzo degli esercizi terapeutici. Il controllo degli stimoli, infine, permette di minimizzare l'influenza dei fattori contestuali sul comportamento di pulling. Strategie di questo tipo consistono nel buttare le pinzette, coprire lo specchio del bagno, ridurre il tempo di esposizione a situazioni di rischio, assumere posizioni diverse quando si sta seduti, ecc.

Dal punto di vista cognitivo, è stata dimostrata l'esistenza di diverse tipologie di pensieri disfunzionali collegati alla tricotillomania: alcuni si basano su caratteristiche particolari del capello (es. capelli bianchi o sfibrati), altri sono pensieri derivanti da una percezione di autocontrollo errata («*Ne tiro solo uno e poi mi fermo*») e infine le giustificazioni («*Ho avuto una brutta giornata*»). Il terapeuta, utilizzando gli esercizi a casa e la ristrutturazione cognitiva, aiuta il paziente a: individuare i pensieri disfunzionali; riconoscere vantaggi e svantaggi dei comportamenti di pulling; individuare una valida alternativa.

**Nei casi più gravi può essere associata anche una cura farmacologica**, in particolare tramite l'utilizzo di SSRI (utilizzati anche nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo), clomipramina o venlafaxina. Anche in questi casi, però, è stato dimostrato come l'associazione con un'adeguata psicoterapia conduca a migliori risultati e a un minor rischio di ricadute. ✨