

EDIZIONI TricoItalia (Firenze)

Direttore scientifico: Andrea Marliani

Giornale Italiano di Tricologia

anno 15 - n° 26 - Aprile 2011

Proprietà letteraria ed artistica riservata. ©

Giornale Italiano di **tri**cologia

SOMMARIO

- La "Tricologia" fra somatopsichica e psicosomatica - pag. 5
- Aspetti psicosomatici nelle alopecie - pag. 9
- La psicosomatica come strumento necessario - pag. 17
- Lo stress e i capelli - pag. 21
- Alopecia Psicogena - pag. 27
- La dismorfofobia - pag. 33
- Tricotillomania - pag. 38
- Un caso di... - pag. 40

Ente del
REGOLAMENTO DELLA
"SOCIETÀ ITALIANA DI TRICOLOGIA"
S.I.I.@
L'accolto@

art. 1 - La Società Italiana di Tricologia è istituita come Associazione Scientifica, apolitica e senza fini di lucro in data 6 maggio 1996 ed ha come scopo di fare della Tricologia una Branch Scientifica della Medicina Policlinica e, più in generale, della Cultura Unicaistica.

art. 2 - Questo fine verrà perseguito attraverso tutte le iniziative che via via saranno individuate e fra le quali includiamo principalmente le seguenti:

- 1) promuovere la ricerca scientifica della patologia e della fisiologia del pelo, del capello e del cuoio capelluto,
- 2) promuovere il progetto della "TRICOLOGIA" anche tramite l'ingegneria,
- 3) definire protocolli di riferimento per diagnosi, studio e di laboratorio, nella terapia dei difetti, degli effetti e delle malattie del cuoio capelluto,
- 4) verificare l'efficacia e la sicurezza delle terapie biologiche proposte dall'industria farmaceutica e farmaco-cosmetica,
- 5) verificare la qualità, la consistenza e l'incostanza dei prodotti offerti dall'industria farmaco-cosmetica,
- 6) cercare in collaborazione con l'industria farmaceutica e farmaco-cosmetica per una razionalizzazione scientifica di tutto il settore,
- 7) affrontare e confrontarsi in campo biologico con l'attività scientifica della Società italiana di Alfa,
- 8) dare ai Soci un punto di riferimento sicuro ed un supporto scientifico nella loro attività quotidiana,
- 9) pubblicare quanto di nuovo, attuale e scientifico viene fatto in Italia e nel Mondo in campo biologico per tenere alta l'attenzione e la Consapevolezza dei Soci, Cultori della materia e dei pazienti,
- 10) donazione ai Soci, ai Pazienti ed alla Pubblica Opinione le finali e rassegne fotografiche.

art. 3 - S.I.I.@ (oppure S.I.I.®) è la sigla ufficiale che indica la "Società Italiana di Tricologia".

art. 4 - L'accolto @ è il nome (registro) del settore stabilimento-scientifico della Società (S.I.I.), a cui si associano anche "Cultori con lavoro" ed "Operatori Etici" della Tricologia.

art. 5 - La Società, nei limiti imposti dallo Statuto, è aperta a tutti i Cultori della Tricologia di qualsiasi nazionalità, religione e credo politico.

Direzione

Direttore Responsabile
Guido Vito Falter (Firenze)
Direttore Scientifico
Andrea Maltoni (Firenze)
Vice Direttore
Paolo Gigli (Firenze)
Capo Redattore
Mauro Sala (Firenze)

Copertina:

Salvador Dalí
Orologio notte (1930)

Salvador Dalí
Lo spettro di Vermeer (1934)

in Redazione:

Redattore: *Thimoteo Caserio (RM)*
Supervisore: *Fiammetta Ricci (FI)*

Società Italiana di Tricologia

Segretario: Dalí, Paolo Gigli - Via E. Kavagna, 114 - 51, Urbivione 51010 (PI) - C/C postale n° 10322519 - P.O. elettronica: P. Gigli @ ITALWAY.I
Telefono: 055/80.71.068 - 347/19.77814 - 335/67.6299
Fax: 055/5273.58 - 055/80.71.067
Sito internet: <http://www.SIIT.it> e-mail: amiltoni@siit.it
Giornale Italiano di Tricologia®
(Registrazione presso il Tribunale di Firenze il 10/04/1997 al n.4684)

NOTA:

Nel rispetto della legge n° 615 del 31/02/1996 (della quale alla Privacy), l'Editore del Giornale Italiano di Tricologia (S.I.I.) desidera informarla che l'italianissimo dei dati personali che la riguardano, nella medesima elaborazione automatizzata, è finalizzato esclusivamente alla gestione della spedizione della rivista.

Il titolare del trattamento dei suoi dati è l'accolto C/la Redazione del S.I.I., via sede:

Firenze, via San Domenico 107/1 - cap. 50133

Qualora Lei volesse essere eliminata dalla banca dati di spedizione può inviare all'indirizzo sopra indicato oppure telefonare al numero 055/527075

EDIZIONI TricolItalia
(Firenze)

Giornale Italiano di *Tricologia*

anno n° 15 - n° **26** - Aprile 2011

Direttore Responsabile: *Guido Vido Trotter*
Direttore Scientifico: *Andrea Marliani*

Tutti i diritti riservati©

Collaboratori:

Paolo Gigli
Fiorella Bini
Torello Lotti
Carlo Grassi
Marino Salin
Fabio Rinaldi
Piero Tesauro
Fabrizio Fantini
Daniele Campo
Roberto D'Ovidio
Guido Vido Trotter
Vincenzo Gambino
Gaetano Agostinacchio

SOMMARIO:

La "Tricologia" fra somatopsichica e psicosomatica	- pag. 5
Aspetti psicosomatici nelle alopecie	- pag. 9
La psicosomatica come strumento necessario	- pag. 17
Lo stress e i capelli	- pag. 21
Alopecia Psicogena	- pag. 27
La dismorfofobia	- pag. 35
Tricotillomania	- pag. 38
Un caso di...	- pag. 40

"La pelle ... costituisce la superficie del nostro corpo, l'involucro visibile e tangibile che ha massimo significato ontologico nella formazione e nella evoluzione di un individuo e nella strutturazione della sua identità ... Teniamo conto solo del fatto che la pelle è il primo organo di comunicazione col mondo, il luogo dove si iscriverà il confine tra Sé e Non-Sé, (dove) si forma la propria immagine corporea, il primo senso di identità"

Emiliano Panconesi ed, Alberto Cossidente

La “Tricologia” fra somatopsichica e psicosomatica

Guido Vido Trotter



La possibilità che fattori psicologici possano influenzare il modo di reagire dell'organismo, associarsi fra di loro, slatentizzare una patologia e diventare essi stessi causa di malattia è ormai considerato più un dato di fatto che una ipotesi.

Quest'asse integrata della medicina, che porta dalla somatopsichica alla psicosomatica, da sempre e da tanti ipotizzata ed in qualche modo “desiderata”, esiste: il sistema neuroendocrino ed il sistema immunitario dialogano.

La fisiologia dello stress, come disciplina, inizia nel 1936 con un ricercatore canadese, Hans Selye, che adottò il termine “stress”,

usato fino ad allora solo in ingegneria a descrivere la fatica dei metalli, per indicare una risposta aspecifica dell'organismo a uno stimolo forte ed in qualche modo, ma non necessariamente, negativo.

- A livello dell'organismo in toto le più semplici risposte da stress sono indotte da un qualsiasi cambiamento fisico (evento induttore) come un eccesso di freddo o un eccessivo caldo, da una aspettativa disillusa o anche solo da una faticosa iperattività anche solo psichica (evento induttore psicologico).

La risposta allo stress coinvolge la secrezione di ormoni e l'inibizione di altri. Riportiamo alcuni fra i fatti salienti.

a) Alterazioni qualitative e quantitative dei T linfociti e delle cellule Natural Killer sono state messe in relazione con lesioni ipotalamiche ed ippocampali.

b) La funzionalità delle cellule linfoidi è influenzata da ormoni e neurotrasmettitori rilasciati a seguito della attivazione del sistema ipotalamo-ipofisi-surrene.

c) I linfociti, tramite il rilascio di citochine, (interleuchina 1, interleuchina 2, interferon alfa) influenzano il sistema neuroendocrino.

d) Effetti neuroendocrini ben noti della interleuchina 1 sono: febbre, aumento del livello dei glicocorticoidi, stimolo della secrezione ipotalamica di CRH, stimolo di secrezione ipotalamica di ACTH ed endorfine.

e) Il timo secerne almeno quattro sostanze (fattore timico umorale, timopoietina, timulina, timusina) che hanno azione sulle cellule immunocompetenti e, inoltre, influenze sul sistema neuroendocrino.

f) Peptidi del Sistema Nervoso Centrale e del Sistema Nervoso Periferico sono in grado di esaltare o di inibire funzioni immunitarie.

g) Esistono precisi rapporti tra rilascio di ACTH e reazioni timiche, linfocitiche e linfonodali.

I meccanismi attraverso cui dallo stress (soma-topsichico) si passa alla malattia psicosomatica sono molteplici: in estrema sintesi risultano ridotte le capacità di comunicazione fra i tre grandi sistemi omeostatici (nervoso, endocrino, immunitario) e fra cellule di ogni singolo sistema.

- La produzione fisiologica di anticorpi è ridotta, mentre aumenta la produzione di autoanticorpi.

- I livelli serici di glicocorticoidi, tipici ormoni da stress, sono permanentemente aumentati e questi sono neurotossici quando in cronico eccesso e danneggiano soprattutto, oltre alle cellule in rapida moltiplicazione, la regione dell'ippocampo, importante centro per i processi di memorizzazione.

Si accelerano così tutti i fenomeni di involuzione somatopsichica caratteristici dell'invecchiamento.

I circoli viziosi tra meccanismo di stress e processi di invecchiamento fanno sì che l'intero organismo vada incontro ad un declino anticipato rispetto al programma genetico.

La risposta fisiologica allo stress permette all'organismo sano di fronteggiare minacce immediate al proprio equilibrio psicofisico. Essenzialmente la risposta allo stress prepara l'organismo a "combattere o fuggire".

Studi clinici ormai classici hanno dimostrato che la cronica attivazione o la cronica repressione della normale risposta allo stress può compromettere lo stato di salute con "malattie psicosomatiche da stress".

La positività o la negatività della risposta allo stress è condizionata da caratteristiche personali, psicologiche e sociali, che possono influire profondamente determinando una risposta fisiologica o patologica.

Alcune persone sono più vulnerabili di altre a malattie da stress poiché quotidianamente e cronicamente esposte ad una fatica superiore

alle loro capacità fisiologiche.

Durante lo stress il glucosio, fonte principale di energia dell'organismo, è mobilitato dai suoi siti di normale deposito. Il sangue, che trasporta glucosio e ossigeno, è sottratto agli organi non essenziali allo sforzo di quel momento, come la cute e l'intestino, invece è trasportato rapidamente ad organi essenziali a fronteggiare l'emergenza: al cuore, ai muscoli, al cervello. La variazione del flusso sanguigno si attua in parte tramite la costrizione di alcuni vasi sanguigni, la dilatazione di altri e l'aumento della frequenza cardiaca. Contemporaneamente vengono accentuati i processi cognitivi (il che facilita l'elaborazione delle informazioni) e la percezione del dolore è attenuata dalla secrezione di endorfine. Tutte le attività fisiologiche che non sono di immediato beneficio vengono ritardate; perciò la crescita, la riproduzione, l'infiammazione e la digestione, che sono tutti processi che richiedono molta energia e sono rimandabili, vengono inibiti.

Quando lo stress è cronico il glucosio, invece di essere immagazzinato, è costantemente mobilitato dalla secrezione di glicocorticoidi e, nel lungo periodo, si ha catabolismo con atrofia di tessuti sani e affaticamento generale da glicosilazione (in tanti lo verificano con disturbi "psicosomatici" vari specie gastrointestinali, come la stipsi).

Oltre a ciò, quando i processi costruttivi vengono ritardati a tempo indeterminato, l'organismo paga un caro prezzo con compromissione di tutte le mitosi cellulari e quindi della crescita e della riparazione e del ricambio dei tessuti.

- A livello cellulare, in condizioni di stress, nei microsomi vengono sintetizzate "proteine da stress", la cui funzione fisiologica è quella di ripararne i danni. Questa risposta generale a cambiamenti avversi, rappresenta un fondamentale meccanismo di difesa cellulare che

viene attivato soltanto in momenti di “difficoltà”.

Tornano chiare in mente le teorie di Filatov che nel 1945 enunciava: “Ogni tessuto umano, animale o vegetale, mantenuto in stato di sopravvivenza, messo però in condizioni di sofferenza, reagisce difendendo con la produzione di speciali sostanze di resistenza (stimolatori biogeni o biostimoline) che, introdotti a loro volta in un organismo vivente umano, animale o vegetale, ne riattivano i processi organici vitali migliorandone la potenzialità difensiva verso le alterazioni morbose”.

Le proteine da stress sono state dapprima dimostrate immediatamente dopo un improvviso aumento di temperatura, in questa condizione tutte le cellule di un organismo incrementano la produzione di questa classe di molecole proteiche allo scopo di “tamponare” i danni subiti. La stessa reazione si è poi vista, sempre a livello cellulare, in risposta a una grande varietà di attacchi ambientali, esterni o interni, chimici o fisici tra cui freddo, infezioni, intossicazioni ecc.

Dato che stimoli dalla natura assai diversa attivano un medesimo meccanismo di difesa cellulare, questo viene oggi genericamente indicato come “risposta cellulare allo stress” e le proteine che in esso vengono espresse sono definite “proteine da stress”.

Questo ruolo attivo di difesa cellulare ha inizio quando molti agenti che inducono risposta allo stress portano a dei denaturati proteici, ossia a sostanze che fanno perdere alle proteine la loro configurazione.

Una proteina consiste in lunghe catene di amminoacidi avvolte in modo da assumere una ben precisa conformazione. Un’alterazione della struttura può portare ad una perdita della funzionalità biologica della

proteina stessa.

Sembra che la proteina da stress agisca come supervisore molecolare del controllo di qualità, consentendo alle proteine avvolte nella maniera corretta di accedere alla secrezione e trattenendo invece quelle proteine che sono incapaci di avvolgersi correttamente. In condizione di stress metabolico le proteine appena sintetizzate hanno difficoltà a maturare normalmente, si forma un legame stabile tra esse differenziando la forma finale.

Se a tutto ciò si aggiungono anche variabili personali, emotive e socioculturali ci introduciamo in una impostazione di cause psicologiche che integrano la medicina psicosomatica.

- Nel bulbo del capello vi sono cellule germinative che geneticamente e ciclicamente vanno in ricambio con periodi di mitosi ed apoptosi. Questo ricambio se non ottimale per varie “incidenze” (stress molecolare) porta ad invecchiamento per l’azione distruttiva di molecole normalmente prodotte nel corso della vita, tra cui i radicali liberi dell’ossigeno. I radicali liberi (O_2^+ , H-), così chiamati perché hanno un elettrone spaiato, possono ossidare, e quindi danneggiare, le proteine, i lipidi e altre molecole biologiche del bulbo. Possono anche formare altri radicali e agenti ossidanti, come il perossido d’idrogeno (H_2O_2); di conseguenza possono innescare una lunga catena di reazioni dall’effetto distruttivo sul follicolo del capello.

È dimostrato che il glucosio modifica lentamente le proteine destinate alle mitosi glicosilando e così quelle destinate alla formazione di cheratine, favorendo la formazione di legami crociati, indebolendo e rallentando lo sviluppo in diametro e velocità di crescita del capello. Chi sta attraversando il periodo di evoluzione di una alopecia vive comunemente queste fasi.

Proteine ossidate e inattive si accumulano nelle cellule germinative dove progressivamente diminuisce la capacità di degradarle. Molti enzimi subiscono danni ossidativi e perciò si inattivano. La regolare ciclicità della mitosi e della apoptosi viene compromessa. Nell'evoluzione della alopecia androgenetica le cellule germinative del bulbo vanno incontro precocemente alla apoptosi e ad un catagen fisiologicamente imperfetto perché i radicali liberi non vengono inattivati adeguatamente e non solo perché nel loro patrimonio genetico sono contenute le istruzioni per la realizzazione della calvizie.

Bibliografia

Airaghi L., Manfredi M. G., Catania A.: "Il dialogo ormoni-immunità" *Il Polso*, 15 ottobre 1990.

Auteri A.: "Stress e connessioni immunoendocrine" *Medicina Moderna*, anno 3, n 10, dicembre 1990.

Barucci M.: "Psicogeragogia" Torino, UTET, 1989.

Bassi R.: "Introduzione alla dermatologia psicosomatica" Piccin, Padova, 1977.

Bernardini R., Scapagnini U.: "L'asse ipotalamo ipofisi surrene durante la risposta immunologica" *Neuroscienze*, Anno 1, n 1, gennaio - marzo 1990.

Canonico P.L.: "Neuropsicoendocrinologia: nuove prospettive diagnostiche e terapeutiche" Fidia. Redazionale.

Caradente F.: "Sistemi biologici oscillanti" *Federazione Medica*, XXXV, 6, 1982.

Cassano G.B., Pancheri P.: "Trattato Italiano di Psichiatria" Masson, Milano, 1992.

Cazzullo C.L.: "Psichiatria" Micarelli, Milano, 1993.

Cugini P., Lucia P., Murano G., Di Palma L., Battisti P., Cogliati A.: "Cronobiologia per la medicina" *Aggiornamento del Medico*, 12, 9, 1988.

Sanità Telex, Editoriale: "Vita e conoscenza: avanzare sull'uomo ipotesi biologiche più scientifiche" *Sanità Telex*, n 95, ottobre 1984.

Fasanotti P.M.: "Il compagno segreto" *Meditime*, 31 maggio 1990.

Filatov V.P.: "Metodo di T.T. Stimolazione Biogenica" *Vestn. Oft* 1946; 25: 1.

Filogami A.: "I tre accessi alla via dell'omeostasi" *Neuroscienze*, anno 1, n 2, aprile - giugno 1990.

Frederic M. R.: "Il problema dell'avvolgimento delle proteine" *Le Scienze* 1991; 271.

Gori G.: "Conservare la felicità. I disturbi affettivi della III età" Roma, NIS, 1993.

Panconesi E.: "Lo stress, le emozioni, la pelle" Masson, Milano, 1989.

Petrella F.: "L'io e il sé" *The Practitioner ed. italiana*, 76, novembre 1984.

Tempo Medico, Redazionale: "Un rompicapo a strisce bianche e nere" *Tempo Medico*, n 234, 1985.

Selye H.: "Stress and distress" New York, Mc Graw, Hill, 1974.

Timio M.: "Il ruolo dello stress nella genesi delle malattie umane" *Federazione Medica*, XXXVI, n 8, 1983.

Valzelli L.: "Ontologia cerebrale" *Federazione Medica*, XXXV, n 9, 1982.

Vizioli R.: "Ecologia della mente" *Wellcome Tabloid*, anno 1, n 2, ottobre - dicembre 1989.

Welch W.J.: "Come le cellule reagiscono allo stress" *Le Scienze* 1993; 222: 50 - 57

Aspetti psicosomatici nelle alopecie

Emiliano Panconesi
Firenze



Introduzione:

Avrei tanto desiderato al Master di Tricologia dell'Università di Firenze una lezione di Tricologia Psicosomatica del prof. Emiliano Panconesi ma questo non è stato possibile per motivi di salute. Ho pertanto voluto qui ripubblicare due vecchi articoli del Maestro. Articoli che, a suo tempo, tanti anni fa, non compresi affatto. Solo oggi ne afferro la lungimiranza e profondità.

Andrea Marlicani

Premessa

“Infiniti sono i mali, oltre quelli de’ nervi, che col disordinare questi cagiona lo studio. Un celebre matematico soggetto ad una ereditaria gotta, e la cui condotta era sempre stata irreprensibile, ne accelerò l’accesso per la troppo grande applicazione nel sciogliere un difficile problema. È noto l’accidente accaduto al Cavaliere d’Epernay: questi dopo un assiduo studio di quattro mesi perdette senz’alcun altro sintoma di malattia la barba, le ciglia, le sopracciglia, e finalmente i capelli, e tutti i peli del corpo. Questo fenomeno facilmente si deduce dalla mancanza del nutrimento ai piccoli bulbi, che servono di radice a’ peli; per tre cagioni poteva cessare l’irrazione di questo sugo nutritizio: 1. Per lo sconcerto delle funzioni dello stomaco primo organo della nutrizione, e della digestione. 2. Per l’azione diminuita de’ nervi, che gran parte hanno della nutrizione, poiché essendo dall’anima occupati non possono agire sul corpo. 3. Per quella piccola febbre, a cui vanno soggetti i Letterati, questa distruggendo la linfa nutritizia, li rende pallidi, magri, ed a poco a poco li va consumando; talora questa febbre dipende dall’accresciuta forza del cuore, che da una forte contensione della mente sollecitato viene a più frequenti battute”.

Così Monsieur Tissot “Dottore, e Professore di Medicina in Mompelie” (dalla traduzione italiana a cura della “Stamperia ed a spese di Gaetano Castellano in Napoli” della Salute de’ Letterati) nel 1773 cominciava, forse, la lunga serie di coloro, esperti e pazienti, che cercavano di interpretare “scientificamente” il rapporto fra emozione e caduta di capelli. Molti anni dopo (1932), nel famoso Handbuch di Iadassohn, Galewsky (1) dedica un capitolo alla “alopecia neurotica”; nel 1956 una serie di test psicologici ci sembrano significativi per proporre un’ipotesi psicoso-

matica dell'alopecia areata (Panconesi: 2, 3); nel 1961 Albert Kligman (4) delinea il quadro del telogen effluvium indicando gli stress psicosociali, fra le varie possibili, come la causa più frequente. Quattro citazioni bibliografiche, scelte arbitrariamente fra centinaia, per esemplificare il problema per quanto attiene a "dermatologia psicosomatica" in senso tradizionale (sinonimi: dermatosi emozionali (5), psicodermatologia (6), psychocutaneous diseases (7) e rapporti con le varie alopecie.

Ma Sigmund Freud (8, 9) stesso pensava (1929) che le interpretazioni psicologiche, ipotizzate e verificate con i mezzi delle scienze psicologiche, fossero poste in attesa di precise correlazioni biologiche: "... *gli psicoanalisti descrivono la via che la mente percorre quando si sviluppa una psicosi, ma la forza che spinge lungo quella via è nascosta ... quella forza è biochimica ed è in questo che sta il futuro della psichiatria*".

E aggiunge: "*la speranza per il futuro è nella chimica organica o in un approccio alle psicosi (noi potremmo dire: alle dermatosi psicosomatiche) attraverso l'endocrinologia: oggi questo futuro è ancora lontano, ma noi dovremmo studiare analiticamente ogni caso di psicosi perché la conoscenza acquisita indurrà un giorno la terapia chimica*".

Questo futuro è già cominciato con le nuove e nuovissime acquisizioni della psico-neuro-endocrino-immunologia (10, 11, 12, 13, 14) e della psicofarmacologia.

Ci limiteremo a prendere brevemente in esame alcuni quadri di alopecia acquisita non cicatriziale (v. tabella 1) nei quali il rapporto psicogeno, psicosomatico o somatopsichico è prospettato. Infine, nelle conclusioni, accenneremo ai problemi psicologici correlati all'importanza dei capelli nel vissuto dell'uomo e, soprattutto, al valore attribuito alla capigliatura che si rende drammaticamente evidente in caso di alopecia per alterazioni

dell'ordine (cosmos da cui cosmetologia) della immagine di sé.

tabella 1

- Classificazione delle alopecie acquisite non cicatriziali (reversibili e non reversibili) in rapporto a fattori psicosomatici.

“psicologiche psicopatologiche”

- tricotillomania

- (alopecia neurotica?)

“psicosomatiche”

- telogen effluvium

- alopecia areata

“somatopsichiche”

- tutte quelle indicate sopra

- defludio androgenetico

Tricotillomania (15)

Il termine coniato da Hallopeau nel 1889 è riferito a un tipo particolare di alopecia da trazione dovuto all'abitudine di tirare i propri (qualche volta perfino gli altrui) capelli (hair pulling tic) tanto da creare aree irregolari, più o meno ampie, di alopecia (con monconi residui) di solito al cuoio capelluto, più raramente in altre parti del corpo.

Più frequente in bambini e adolescenti, la tricotillomania può iniziare con la tendenza compulsiva a toccare i capelli, ad arrotolarli intorno alle dita, a metterli in bocca in momenti di distrazione (leggendo, guardando la televisione ecc).

La tricomalacia, la prevalenza di capelli catabeni sui telogen, l'assenza di infiltrato cellulare perifollicolare e perivascolare e, soprattutto, la modalità causale "meccanica" da reperire nella storia del paziente "se ci si pensa", permettono la diagnosi.

Improprio, ma ormai consacrato dall'uso, è il suffisso terminologico "mania" (che dovrebbe essere limitato all'ambito delle forme manico-depressive) per questa sindrome che sem-

bra avere proprie tipiche caratteristiche psicologiche: una certa tendenza a “permettersi con indulgenza” cose che fanno piacere, la ricerca di interrompere o attenuare una temporanea tensione psichica, la tendenza a porsi in posizioni “svantaggiose” o “di difetto” rispetto agli altri e la coazione a ripetere “gesti” che procurano piacere con evidenti implicazioni sessuali.

Lo “strano” tic di tirarsi i capelli viene avvicinato a tutti i modi “perversi” di procurarsi piacere provocandosi dolore (ancora per attenuare la tensione nervosa) come mordersi o stuzzicarsi le unghie e le zone periungueali fino a farle sanguinare, scroccchiare le dita, stuzzicare le gengive con uno stecchino, strizzare i punti neri o le pustole dell’acne fino a escoriarsi o, semplicemente, mordersi le labbra e tirarsi i lobi degli orecchi. In alcuni casi tirare le ciglia, le sopracciglia e i peli del pube sembra associabile a una sindrome “nevrotica” mentre passare a tirare i capelli è proprio di soggetti “schizoidi” (16).

La tricotillomania infantile può essere un modo di esprimere rabbia contro genitori inadeguati e “rejecting” (Obermayer, 17), specialmente contro una madre inadeguata e costituire, addirittura, l’oggetto transizionale nel senso di Winnicott * (18): i capelli morbidi e facili da raggiungere, oggetto auto-erotico transizionale, possono riprodurre, nel nostro quadro sindromico, un contatto (per alcuni addirittura una relazione masochistica) con la madre o con i suoi indumenti.

** Secondo il noto psicanalista: qualsiasi oggetto materiale, pezzetto di stoffa, angolo di una copertina (la coperta di Linus), ma anche l’orsacchiotto, il pollice da succhiare, l’orecchio da tirare... al quale “si aggrappa” o che tocca (o succhia) il bambino (fra i 4 e 12 mesi e oltre...) che segna il passaggio dello sviluppo libidico da una posizione narcisistica (espres-*

sa, per esempio, dal succhiamento del pollice) all’identificazione dell’oggetto d’amore (per esempio, l’orsacchiotto).

Considerazioni analoghe permettono a C. Koblenzer (19) di classificare la forma nella sfera delle cosiddette “abitudini compulsive” (correlate a rapporti conflittuali con i genitori, scatenate da stress e accompagnate da altri segni di regressione comportamentale: enuresi, pavor nocturnus ecc) e suggerire di fornire, ai più piccoli, oggetti di lana pelosi o “setolosi” come espediente terapeutico. Nei bambini più grandi la tricotillomania ha implicazioni di auto-punizione, autoerotismo e rabbia “displaced”.

La nostra esperienza ha confermato quanto già riferito, sottolineando, in questi soggetti (ovviamente in un’età che permetteva uno studio psicologico): tensione psichica, sentimenti di sfiducia, perdita di autostima con desideri inconsci di (auto) punizione, esperienze trascorse di conflittualità con le figure genitoriali (spesso avere di dimostrazioni di affetto) che riemergevano provocando aggressività che, nella impossibilità di essere etero-diretta, si canalizzava sui pazienti stessi.

Da questa stessa esperienza abbiamo tratto un insegnamento che vogliamo sottolineare: occorre grande prudenza nel comunicare una diagnosi di causa psicogena spesso inaccettabile per il paziente già in grado di capire, col rischio di provocare un rifiuto ostinato a prenderne atto e con conseguenti reazioni di allarme. Il dermatologo esperto deve cominciare la sua opera insinuando l’idea che il “vizio di toccarsi i capelli” possa essere una delle cause di questa alopecia. Almeno nei casi più difficili, e di solito le difficoltà aumentano con l’età, la liaison con psicologi e psichiatri è obbligatoria. Non si può dimenticare che si tratta di una sindrome psichiatrica.

ca pura che “ha scelto” di esprimersi sul cuoio capelluto.

Telogen effluvium (20)

Questo quadro di alopecia diffusa descritto da Albert Kligmann nel 1961 (4) può essere determinato da febbre alta, dal parto, da un intervento chirurgico, da un'emorragia, dall'uso di contraccettivi o di anticoagulanti ma anche e soltanto da stress emozionali che si dimostrano correlati, e in modo incontrovertibile, con il decorso di una alopecia che potrebbe essere inquadrata come forma “non areata” della A. areata (Rebora). In questo caso (che è poi quello del caso descritto da Kligmann del condannato a morte con il suo effluvium correlato alle torturanti notizie relative alla data e ai rinvii della esecuzione della sentenza) l'alopecia appare psicogena o psicosomatica pura e forse correlabile con la cosiddetta “alopecia neurotica” di Galewsky (1) e dei vecchi autori. Gli psicofarmaci per brevi periodi iniziali e la psicoterapia, in un secondo momento, possono essere suggeriti; meglio se in liaison con psichiatri e/o psicologi.

Alopecia areata

È questa la forma di alopecia su cui si è massimamente rivolta l'attenzione della ricerca psicosomatica in epoca moderna, la nostra inclusa dal 1955 al 1963 (2, 3, 21).

Nel 1984 ne abbiamo rivisto i termini in una monografia di dermatologia psicosomatica (22) alla quale rinviamo per l'inquadramento e l'estesa bibliografia; molto recentemente (1991, 23), abbiamo proposto alcune linee di ricerca alle quali ci riferiamo brevemente in questa sede.

Dal punto di vista clinico-evolutivo il ricercatore, in ambito psicosomatico, parte dalle note caratteristiche, sempre riconfermate, della sindrome. Esse possono essere così riassunte:

1) insorgenza, caratteristiche cliniche, estensione, decorso, evoluzione (spontanea?) verso la guarigione e risposta alla terapia variano da soggetto a soggetto (responders e non-responders) e, se pur meno frequentemente, nello stesso soggetto da periodo a periodo;

2) la reattività emozionale di base del soggetto, le sue variazioni, e i life stress events (inclusi quelli correlati al vissuto relativo alla presenza e alla minaccia dell'alopecia) che influiscono (modulano), ovviamente in misura variabile, sulle prime.

Ciò considerato, la ricerca - con le metodologie clinico-biologiche ortodosse - può sembrare impossibile o almeno molto difficile. Così le conclusioni sui gruppi di casi di alopecia areata tratte in modo “trasversale” con le varie metodologie di indagine psicologica, appaiono, seppur suggestive per il riscontro percentuale di “implicazioni” psicologiche rispetto a soggetti “sani” (?), spesso “discutibili” proprio per l'estrema variabilità nel tempo delle caratteristiche della casistica. E solo lo studio approfondito e globale (“verticale”) del singolo caso da parte del dermatologo (informato e con disponibilità di tempo) e in liaison (con lo psicologo e/o con lo psichiatra) a precisarci connessioni patogenetiche suggestive e significative; con conseguenze teoriche in prospettiva di ricerca psico-neuro-endocrino-immunologica e pratiche in prospettive terapeutiche mirate.

In quest'ultimo decennio la ricerca in questo settore interdisciplinare della medicina psicosomatica si sta sempre più orientando anche in senso biologico anche in ambito dermatologico e l'alopecia areata sembra prospettare un caso (di “precisazione biologica”) secondo quanto era auspicato da sempre. Le ricerche sui neuropeptidi tissutali (24) stanno portando contributi interessanti, un promettente intreccio patogenetico, forse collegabile appunto con le ricerche proprie di questa

nuova “dermatologia psicosomatica biologica”.

Riprendendo le vecchie osservazioni (2, 3, 21) che indicavano nella vasocostrizione stress-dipendente (per ipotizzata mancata inattivazione enzimatica di sostanze adrenergiche nel contesto della peculiare responsività del cuoio capelluto alle sostanze vasoattive) abbiamo recentemente affacciato un'ipotesi basata su alcuni preliminari reperti (25) di storage di neuropeptidi all'interno di fibre nervose della cute alopecica (e peri-lesionale). Con tecniche immunistochemiche si è notata una deplezione di fibre VIP-SP-CGRP-ergiche vasodilatatorie e, contemporaneamente, una integrità di quelle NPY-ergiche, vasocostrittrici.

Questi reperti, se confermati, potrebbero giustificare una ridotta capacità vasodilatatoria del microcircolo cutaneo peribulbare, già segnalata in passato (21), e confermata dalla semplice osservazione del ridotto tempo di sanguinamento nelle chiazze di alopecia areata in fase attiva, su cui potrebbe agire un ulteriore stimolo vasocostrittivo adrenergico per azioni, più o meno ripetute nel tempo, di stressors emozionali.

Alcune ricerche (26) condotte su aree alopeciche di soggetti responders e non-responder con la flussimetria (Laser Blood Perfusion Monitor) confermano significativamente il diminuito afflusso di sangue. Altre esperienze mettevano in evidenza: 1) un ridotto passaggio di O_2 transcutaneo (27), 2) una ridotta attività fibrinolitica endoteliale TPA-dipendente, associata a un aumento dell'attività peribulbare urochinasi-dipendente (28) e, infine, 3) una ridotta degranulazione mastocitaria peribulbare (29) verosimilmente per la stessa deplezione delle fibre SP-ergiche) con ridotta biodisponibilità di istamina ed eparina, sostanze fondamentali per la neoangiogenesi (la “espansione” microvascolare peribulbare è, infatti, fattore essenziale nella fase anagen

propria della maggioranza dei peli nella Alopecia areata).

Tale riduzione critica dell'afflusso di sangue, con le alterazioni descritte in gran parte ad esso collegate, correlato a fattori emozionali (adrenergici, neuropeptidergici) che colpisce il delicato organo bulbare nella sua fase di massima richiesta metabolica (Anagen III) potrebbe provocare la lesione alopecizzante. Né si può escludere un rapporto fra gli stessi reperti (variazioni dello storage neuropeptidico, con particolare riferimento alle fibre NPY-ergiche, ridotto passaggio di O_2 , variata biodisponibilità di eparina e istamina e di attivatori del plasminogeno ecc) sui protagonisti delle immunoreazioni, in particolare sui linfociti, che, notoriamente, sembrano coinvolti nella patogenesi dell'Alopecia areata.

Alopecia androgenetica (22).

Se la comune (precoce!) calvizie è più difficilmente inquadrabile fra le alopecie “psicosomatiche”, il capitolo dei rapporti fra questa forma e gli aspetti psicologici e “psicosociali” potrebbe essere molto ampio.

Valgano riassuntivamente le seguenti considerazioni. L'impatto psicologico, somato-psichico del constatato (perfino solo “minacciato”) difetto della capigliatura, pur variabile da soggetto a soggetto, è spesso molto disturbante. Né i malcapitati (prevalentemente giovani maschi) si sentono consolati con la perdita della crowning glory da implicazioni, ovviamente false, di maggiore “virilità” ormonodipendente (androgenicità), di maggiore intelligenza (le “teste d'uovo” dirigono il mondo!) né, tanto meno, dal fatto che lo scimpanzé (anche l'homo sapiens?) diviene più attraente per le femmine del branco quando, invecchiando, diviene più spelacchiato... Da sempre infatti i capelli (per alcuni una sorta di prolungarsi dell' “Io”...) sono simbolo di giovinezza, bellezza, forza, virilità/attrattività

femminile e, in rapporto a tipi estremamente variabili di taglio e di acconciatura e secondo mode e tempi, indicano religiosità, purezza, eleganza o trasgressione, sex e status symbol, appartenenza a élites di guerrieri, artisti e musicisti, conformisti e ribelli.

Si pensi a Sansone, alla tonsura monastica e a quella punitiva delle “collaborazioniste”, ai marines, agli Skin-heads, e ai Beatles...

Tutto questo si riferisce a un “valore” espresso dalla capigliatura (o da libere scelte di “acconciature”) che spiega (se non sempre giustifica) la “tragedia della calvizie” che, pur nota nella sua frequenza “fisiologica”, sembra colpire (vera “malattia somato-psichica”), specialmente se precoce, il giovane maschio, molto più raramente la giovane donna, e la loro famiglia (in particolare, non di rado come segno di difettoso equilibrio psichico, la madre!). Da uno stato di generica insoddisfazione, di infelicità più o meno temporanea (di fronte allo specchio... o di fronte a “incontri” importanti coi quali specchiarsi... confrontarsi/essere confrontati) o costante, con cambiamenti di comportamento e di abitudini di vita nell’ambito delle relazioni, delle amicizie, del lavoro ecc., si può passare a stati di franca angoscia e “disperazione” con note psicopatologiche di depressione reattiva e, comunque, di competenza psichiatrica.

Grande responsabilità del dermatologo non sottovalutare la richiesta psicologica (più o meno esplicita) del paziente che perde i capelli o del paziente che teme di perdere i capelli. L’abilità professionale dello specialista nel gestire il colloquio durante la visita di un alopecico (in particolare in caso di calvizie precoce in qualunque stadio) è di saperla trasformare in una prima fase di counselling psicoterapeutico.

Lo scopo è quello di rassicurare il paziente (spesso giovane, allarmato, sfiduciato ecc) che viene preso in carico, per il suo problema che

esiste (anche se non è grave...) e per il quale deve evitare le speculazioni commerciali legate alle “lozioni miracolose” o ad altrettanto miracolosi sedicenti “centri tricologici che curano la calvizie”, nati appunto per manipolare e sfruttare la sofferenza psicologica dei fragili portatori di questo inestetismo.

Il paziente sarà opportunamente consigliato a seguire le terapie locali e generali disponibili, assicurando la possibilità di un miglioramento. Fornendo con ottimistica pazienza, e non frettolosamente, tutte le informazioni incluse, finché professionalmente possibili, quelle psicologiche e psico-farmacologiche (brevi periodi di trattamento con farmaci ansiolitici si rendono spesso necessari...). Ove il counselling del solo dermatologo non sia sufficiente, si dovrà passare (come in tutta la dermatologia psicosomatica) alla liaison con psicologi e/o psichiatri; nei casi più delicati, un colloquio a tre, i due professionisti con il paziente, è preferibile alla telefonata o alla lettera di spiegazioni, anche se dettagliate. Il brusco invio allo psichiatra anche di casi con alterazione “mentale” clinicamente strutturato può essere pericoloso: sono descritti in letteratura suicidi di pazienti che “non accettavano il cambio di specialista”.

Conclusioni

Le alopecie, nelle loro varie sindromi cliniche, possono essere prese ad esempio del discorso epistemologico e metodologico psicosomatico. Considerato, come si è fatto nella premessa, che è storica (aneddotica) osservazione sia il rilievo dell’importanza psicologica del “valore” della capigliatura per l’essere umano sia il sospetto che esista un rapporto di causa-effetto fra sommovimento emozionale (stress, disagio psichico) e perdita di capelli, ne deriva: 1) un incentivo a studi psico-sociali per il chiarimento di quel “valore”, 2) l’opportunità di ricerche psico-biologiche nel tentativo di

convalidare o meno, nelle singole forme, quel rapporto patogenetico ipotizzato, 3) l'opportunità di un approccio psicosomatico al paziente (che tenga presente l'inscindibile coinvolgimento mente/corpo nel singolo caso clinico nella sua specifica e originale "unicità") durante una visita che sia sufficientemente lunga e soddisfacente.

Non potendo sviluppare oltre, per i limiti di spazio consentiti dalla monografia, il nostro tema, abbiamo trattato con più ampiezza del più psicogeno dei quadri, la tricotillomania, di aspetti psicopatologici e della necessità frequente di operare in liaison multidisciplinare con psicologi e psichiatri; tale considerazione sembra analoga per un altro prototipo, il telogen effluvium, che può essere psicogeno. Per ambedue queste forme la psicoterapia (dal semplice counselling, che può condurre o iniziare lo stesso dermatologo, a tecniche psicoterapeutiche più sofisticate quali terapie a orientamento psicoanalitico, brevi o lunghe,... tecniche di rilassamento, training autogeno incluso, biofeedback ecc) e/o l'uso, per periodi relativamente brevi, di psicofarmaci (ansiolitici, antidepressivi, neurolettici...), devono essere presi in considerazione.

L'alopecia areata, affezione a causa tuttora sconosciuta (immunologica? psicosomatica?) ci ha offerto l'occasione di esemplificare, riferendo brevemente un iter investigativo, l'attuale tendenza delle ricerche di psicosomatica "biologica".

Infine, con le nostre note sull'alopecia androgenetica, la "famigerata" calvizie precoce, abbiamo sottolineato l'aspetto somato-psichico e cioè la ripercussione che quella alopecia più frequentemente, e altre meno frequentemente ma spesso in modo più rapido e drammatico, hanno sull'animo umano, sul comportamento e sulla vita del paziente, forse, spesso, ingiustificatamente (ingiustamente, dice qualcuno...) ma sicuramente tanto da

farne un problema sociale, verso il quale il medico deve porsi in posizione tecnicamente ed eticamente corretta.

Bibliografia

1. Galewsky E. Alopecia neurotica. In: Jadassohn J, ed. Raare und haarhoden Schweissdrüsen, Talgdrüsen. Handbuch der H. und Geschlltr, Berlin: Springer-Verlag 1932; XIII (1): 235~244.
2. Panconesi E Mantellassi G. Fattori psichici nella etio-patogenesi dell'Area celsi. *Rass Dermatol Sifil* 1955; 3: 121-146.
3. Panconesi E, Mantellassi G. Ulteriori risultati di indagini psicodiagnostiche sulla alopecia areata. *Rass Dermatol Sifil* 1956; 3: 205-243.
4. Kligman AM. Pathologic dynamics of human hair loss. *Arch Dermatol* 1961; 83: 175-198.
5. Manganotti G. Le dermatosi emozionali. *Minerva Dermatol* 1956; 25: 383-442.
6. Musaph H. Psychodermatology. In: Hill OW, ed. Psychosomatic medicine. London: Butterworths 1976; 347-362.
7. Kobienzer CS. Psychocutaneous Disease, Grune & Stratton, Orlando, 1987.
8. Sigmund Freud. Lettera a Maria Bonaparte, 1930, in 5. Freud, "Opere", Boringhieri Torino, 1967-1979, voi. 11.
9. Sigmund Freud. Encyclopedica Britannica 1929, in 5. Freud, "Opere", Boringhieri Torino, 1967-1978, voi. 11.
10. Ader R, Feiten DL, Cohen N. (Eds), Psychoneuroimmunology, Academic Press, San Diego, 1991.
11. Freizer 5 (Eds). The neuroendocrine-immune network, CRC presi, Boca Raton, 1990.

12. Solomon GF. Emotions, stress, the central nervous system and immunity, *Ann NY Acad Sci* 1969; 164:335.
13. Me Cubbin JA, Kaufmann PG, Nemeroff CB (Eds). *Stress, neuropeptides and systemic disease*, Academic Press, San Diego, 1991.
14. Blalock JE. The relationship between neuroendocrine hormones and lymphokines. *Lymphokines* 1984; 9: 1.
15. Cossidente A, Sarti MG. Psychiatric Syndromes whit Dermatologic Expression. In: Panconesi E. *Stress and Skin Diseases. Psychosomatic Dermatology*. JB Lippincott, Philadelphia, Clinics in Dermatology 1984; 201-220.
16. Zaidens SH. Self-inflicted dermatoses and their psychodynamics. *J Nerv Ment Dis* 1951; 113: 395-404.
17. Ohermayer ME. *Psychocutaneous medicine*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1955; 118-143.
18. Winnicott DW. Transitional object and transitional phenomena. *Int J Psychoanal* 1953; 34: 89-97.
19. Kohlenzer C. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist psychoanalyst's view point. *Arch Dermatol* 1983; 119: 501-512.
20. Panconesi E. Telogen Effluvium, in E Panconesi, *Stress and Skin Diseases. Psychosomatic dermatology*. JB Lippincott, Philadelphia, Clinica in Dermatology 1984; 148-149.
21. Panconesi E. L'ipotesi psicogenetica dell'alopecia areata. *Minerva Dermatol* 1963; 1: 359-382.
22. Panconesi E. Alopecia Areata in E Panconesi *Stress and Skin Diseases. Psychosomatic Dermatology*. JB Lippincott, Philadelphia, Clinics in Dermatology 1984; 143-148.
23. Panconesi E, Rebora A, Tosti A, Cossidente A, Lotti T. Responders e non responders nell'alopecia areata. *Relazione 670° Congresso Nazionale SIDEV*. *Stresa* 5-8/6/91.
24. Girolomoni G, Giannetti A. Neuropeptidi e cute. *G Ital Dermatol Venereol* 1989; 124: 121-140.
25. Cappugi P, Tsampau D, Zippi P, Isolani D, Geti V, Lotti T. Studio in immunofluorescenza diretta delle fibre neuropeptidergiche nell'alopecia areata. *670° Congresso Nazionale SIDEV*, *Stresa* 5-8 giugno 1991.
26. Cappugi P, Isolani D, Zippi P, Geti V, Fuligni A, Lotti T. Studio Laser-Doppler Flussimetrico nell'alopecia areata. *670° Congresso Nazionale SIDEV*. *Stresa* 5-8/6/91.
27. Lotti T, Modesti P, Meo AL, Teofoli P, Benci M, Hautmann G, Panconesi E. Il passaggio transeutaneo di ossigeno nell'alopecia areata. *670° Congresso Nazionale SIDEV* *Stresa* 5-8/6/91.
28. Lotti T, Teofoli P, Senesi C, Fedi AM, Bonan P, Panconesi E. Urokinase dependent peribulbar proteolysis is increased in alopecia areata. *J Invest Dermatol* 1986; 92: 3.
29. Lotti T, Teofoli P, Senesi C, Fedi AM, Bonan P, Paleschi GM, Panconesi E. The role of plasminogen activators in Alopecia areata. *Br J Dermatol* 1991; 30: 19-21.
30. Teofoli P, Ghersetich I, Benci M, Lotti T. Immunophenotypical and ultrastructural of peribulbar infiltrate and adhesions molecules expression in Alopecia areata in different clinical phase. *J Invest Dermatol* 1992; 98: 4, 599.
31. Meo AL, Fedi AM, Lotti T. Microvasal alterations in alopecia areata. In: E. Panconesi. *Dermatology in Europe. Proceedings of the 1st Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology*. Blackwell, Oxford.

La psicosomatica come strumento necessario

Emiliano Panconesi
Firenze

“If the human brain was so simple that we could understand it we would be so simple that we couldn't.”

Emerson Pugh

La riflessione culturale attuale ha uno dei suoi noti epicentri nella considerazione che la scienza sembra essersi fatta meno “scientifica” per contraddizioni e sconferte, mentre hanno acquisito diritto di cittadinanza nel “mondo della scienza” intuizioni e ... fantasie.

Il medico a contatto del malato “sente”, gli si passi la scelta del verbo, di aver di fronte un'unità inscindibile, l'uomo appunto: mal scomponibile - per ora? - in sangue, tessuti et alia e tanto meno nei pur utilissimi, mai “rinunciati” e irrinunciabili, vetrini e provette. E se è attratto da intelligenti critiche al “mind-body problem in medicine” quali quelle di Von Scheele e Nordgreen [1] che piovano gelide dalla Svezia (e come potrebbe essere diversamente?) duplice (multiplo?) com'è, è attratto di più (o ugualmente) dal continuo riproporsi del (e dal doveroso considerare il) malato e non della (la) malattia, dell'emozione, non di rado apparente/evidente fattore condizionante di disfunzioni e morbi (come fare altrimenti per capire e curare l'orticaria cronica spesso di insistente oscurità laboratoristica) nel “curare quotidiano”, tirando fuori dal cilindro e per forza ... e subito o quasi subito ... insieme a immuno-soppressori quando servono, ad antibiotici quando servono, anche benzodiazepine o triciclici, o sé stesso come pillola o come simple counseling Man, o indirizzando a una psicoterapia o ... infine con il più architettato o il più semplice placebo.

Le cose di cui vi abbiamo parlato ... sono state studiate, pensate, riflettute ma anche messe in opera, esercitate, provate con attenzione e con amore ... così come i farmaci della scienza sperimentale. Non c'è ormai in molti di noi reticenza nel dare (dopo aver profondamente studiato/intuito/ introiettato il caso da soli o in gruppi liaison e con tutte le tecniche disponibili e attendibili *) un antistaminico contemporaneamente a un consiglio perché, ad esempio, “*si fugga il cielo dove si divenne ammalati*” (spesso il cielo in una stanza) per correre in palestra ... o in una “stanza/utero con dottore” tentando di ristabilire o riannodare sottili fili perduti.

() Siamo ad esempio molto interessati alla Tecnica Patobiografica dell'argentino Luis Chiozza che sembra offrire con relativa rapidità informazioni di “marca psicoanalitica” coinvolgendo operatori e paziente in una battaglia “entusiasta” di comprensione di lui uomo-intero-malato nel tentativo di aiutarlo, perfino in quello vetero-romantico, ma non ripugnante, di salvarlo!*

Le lacune ... sono enormi e giustificate e non ... Così per assenza di altre malattie cutanee di cui non si è detto o di quelle che accendono feed back somato-psichici, per esempio. Si è parlato dell'acne e del suo intuitivo rebound antidromico dalla pelle alla mente ma tutte le alterazioni “visibili” in quanto tali possono innescare questo meccanismo e questo può essere provocatore di danno e sofferenza. Un angioma deturpante (le “voglie” come si disse per penalizzare/colpevolizzare il passato onto e filogenetico!), un nevo gigante esteso e peloso, un lupus cicatrizzante del viso e così via. Ma come negare poi quello che tutti sanno: che un herpes, da virus 1 labiale e “innocente” o un herpes da virus 2 genitale e “colpevole” (con possibilità di invertire sedi e ruoli!)

sono, o possono essere, stress-dipendenti?

Lo stress (così come il sole) può tirar fuori dai santuari gangliari il virus neuro e dermatotropo: “ectodermosi “ dunque queste affezioni, con correlazioni sessuologiche e ... , non rarissimamente, a rischio di patofobia.

Lo sconfinamento nei problemi di tutte le affezioni sessualmente trasmissibili è intuibile: dalla “erpetofobia “, alla sifilofobia, alla AIDS-fobia con caratteristiche non perfettamente uguali e comunque tali da esigere la liaison dermato-venereologo/psichiatra.

Il prurito sine-materia ... è affezione frequente e con frequenti intuitive implicazioni psicosomatiche. Ne sembrano intuitive testimonianze note metafore (“mi prudono le mani “, “itching for a fight” ma anche ... certi “pruriti” che alludono a voglie sessuali ... o identificazioni fra grattamento e masturbazione), aneddoti e riferimenti anamnestico-clinici e infine i successi di psicoterapie dopo il fallimento dei farmaci.

Dell’ orticaria come possibile “emotional allergy “, allergia emotiva, almeno in certi casi, è stato detto.

Intuitivamente (l’avverbio può essere scelto a piacere come “difetto” o “pregio” professionale!) l’equazione orticaria - emozione sembra una sorta di possibile modello grafico con il foglio della pelle disponibile davanti a noi, malati e osservatori, dove si può disegnare l’emozionale della mente con un segno o più segni degni di Joan Mirò. Lichen planus, lichen simplex, lichenificazione, eczema lichenoidale e lichenificato (la “neurodermite “ degli antichi autori!) sono da tempo nell’occhio del ciclone psicosomatico: nelle nostre mani la ricerca se ha confermato col giro vizioso del prurito (the rub and scratch syndrome) la frequente genesi psicogena del lichen simplex non ha fornito altrettante “prove” per il pur indiziato lichen planus.

Della dermatite atopica ... : pensiamo che questa sindrome con il suo iniziare nella prima infanzia e con le sue possibilità (50%) di guarire prestissimo, costituisca un vero modello “sperimentale” per la ricerca psicosomatica, in particolare per quella psicodinamicamente orientata. Così legata com’è questa pelle infantile (malata o no) alla pelle della madre (“peau de la mer-mère, peau de panthere et chlamide trouée “ ... abbiamo così parafrasato - mère ... è nostro - Paul Valery in un’altra occasione) così legata com’è la “magica” guarigione al cessare del prurito, il solito sintomo sospetto di intelligenza col nemico, la mente ...

La psoriasi , così stress-dipendente nel suo follow-up sarà forse chiarita - dice qualcuno - sulla tortuosa strada della sostanza P o di altri peptidi cerebrali.

La nostra antica ipotesi della multifattorialità della sindrome rosacea con protagonismo psicosomatico regge ancora: “*blush is no language* - ha detto George Eliot - *but only a dubious flat signal which may meall either of two contradictories* “.

Di alopecie è stato detto: sembra certo un defludio telogen psicogeno e un verosimile psicosomatico co-fattore rimane ancora per l’alopecia areata (o per qualche alopecia areata) indiziata di compromessi immunologici (e perché non insieme operanti per i sottili trami della psiconeuro-immunologia?).

“*Che cos’è la “macchia nera”, capitano? Un avvertimento, camerata!*” Così come nell’Isola del tesoro di R.L. Stevenson, le macchie sulla pelle sono sempre state vissute con intensa e preoccupata attenzione, ancor più quelle purpuree di sangue ... di cui tutti conoscono le “incredibili” implicazioni. “*Come si erse davanti a Lui vide che aveva figura umana e che era un Serafino con sei ali e che le sue braccia erano allargate e i piedi uniti insieme e che il suo corpo era fissato alla croce. Il suo*

volto era bellissimo oltre tutte le bellezze terrestri, e sorrideva dolcemente verso Francesco. Contrastanti emozioni riempiono il suo cuore: perché se la visione dava una gioia immensa, la figura sofferente e crocifissa lo addolorava profondamente. Riflettendo sul significato di quella visione capì alla fine che la Divina Provvidenza avrebbe agito su di lui come sul Cristo, non già per il martirio del corpo ma della mente e del cuore. Quando la visione scomparve Egli rimase, non solo al suo interno con un più grande fuoco di amore, ma all'esterno non meno meravigliosamente marcato dalle stimmate del Crocifisso". Questa secondo S. Bonaventura fu la visione di S. Francesco d' Assisi la mattina del 14 settembre 1224.

Più di trecento casi "controllati" di porpora dei mistici sono stati descritti, e "comprovata" la possibilità che intense e profonde emozioni influenzino i meccanismi che presiedono alla coagulazione del sangue.

Se in molte forme purpuriche i dermatologi sospettano una influenza psicogena, una forma rara di porpora la sindrome di Gardner e Diamond o porpora psicogena costituisce un vero *experimentum naturae*. Si tratta sempre di donne che presentano "ecchimosi dolorose" la prima volta a seguito di un trauma e, successivamente, dopo stress emozionali. La casistica via via studiata mostrò che si trattava per lo più di pazienti con problemi psicopatologici (tratti isterici, ansia, depressione). Questi problemi caratterologici vennero sottovalutati quando si mise in evidenza una auto-sensibilizzazione verso i propri eritrociti di questi soggetti, che veniva instaurata secondo questi ricercatori, con il primo trauma. Una ventina di anni dopo le prime osservazioni, una équipe di dermatologi e ematologi del New Hampshire a una donna con questa malattia iniettarono intradermicamente 1/10 di cc. del suo proprio sangue in tre diversi

punti dell'avambraccio.

Prima delle intradermiche l'avevano informata che era "allergica" al suo stesso sangue e che questo sangue le sarebbe stato introdotto nelle pelle solo con la iniezione centrale mentre le altre due sarebbero state di sangue di un donatore. Ebbene: l'ecchimosi dolorosa si sviluppò soltanto nell'area della iniezione centrale, quella che la paziente pensava (a torto, ingannata dallo sperimentatore) avesse, essa sola, ricevuto il suo sangue. Un esperimento fortunato e significativo per il rapporto mente/corpo.

Tutte (tante) malattie cutanee a genesi immunologica (basti pensare al lupus eritematoso), gli stessi tumori cutanei (così vari, così numerosi, così visibili ...) sono state, con argomentazioni più o meno soddisfacenti, supposte psico-dipendenti e non solo per il loro decorso ma anche per la loro insorgenza.

Esiste un'ampia letteratura in tema di psicomatica oncologica: se noi medici del corpo, per la nostra cultura scientifica (e filosofica), non siamo ancora pronti per accettare le ipotesi più ardite, molte delle quali di marca psicoanalitica, è forse comunque opportuno che le conosciamo meglio e senza pregiudizi. Esse se non altro hanno portato, come sempre fa la ricerca, acquisizioni "utilizzabili" per il malato: per un migliore approccio e una migliore conduzione psicologica del difficile malato di cancro ... di cui sembra almeno influenzabile il decorso, gestibile il rebound somatopsichico, dominabile - anche per questa via - la sofferenza.

Alopecie, acne, rosacea ci hanno già fatto affacciare sul mondo dell'estetica, un mondo che è parte integrante dell'attività professionale del dermatologo e del suo rapporto col malato.

La cute è il primo e più importante vestito dell'uomo: una sua alterazione, l'abbiamo già detto all'inizio di questo capitolo, un cambia-

mento - peggio se immutabile -, una macchia - peggio se indelebile - una “smagliatura” (sempre di tessuti si parla), una irregolarità di linea, di disegno, di taglio si ripercuote subito (massimamente in una donna ... così stimolata da lontane e vicine culture, da riti/miti e mass media) sulla mente. Il disordine (cosmos è ordine) colpisce la self e la body-Image ... le interdipendenti immagini del corpo e del sé ... così turbative e che possono divenire psicologicamente devastanti.

È un abito questo, che fa il monaco ... e spesso noi siamo quello che si sembra ... o quello che si vuole (o si vorrebbe) sembrare.

Di qui l'importanza della medicina estetica, della cosmetologia, del trucco (per essere, o tentare di essere, quello che si vuole essere) ... operazioni tutte che non devono sfuggire al medico, in particolare al dermatologo, che può offrire, se ce l'ha, una competenza anche in questo campo.

La cultura psicologico-psicosomatica si rivela anche qui fondamentale e, al solito, soprattutto nell'approccio e nella conduzione del caso. E mentre tutti sanno delle difficoltà “legittime” poste dal malato di cancro non tutti sanno delle difficoltà (non “illegittime” ... causa la loro stessa esistenza e, non di rado, la loro gravità) delle malattie della “bellezza”.

Tre possibilità esemplari possono forse rendere conto del problema:

- 1) la presenza di un grave inestetismo,
- 2) la presenza di un lieve inestetismo vissuto come grave,
- 3) l'idea errata di un inestetismo inesistente (dismorfofobia di Morselli o dermatological non-disease di Cotterill).

Questi pazienti hanno bisogno di un medico psicologicamente preparato e non di rado si deve ricorrere e molto cautamente (difficile insegnare il “garbo tutto psicosomatico” con cui condurre l'impresa) alla liaison fra dermatologo e psicologo/psichiatra. L'invio tout

court allo psichiatra suona almeno disinteressato e punizione, quando non dà l'avvio a fenomeni di psicopatologia reattiva anche grave ... di cui, malgrado tutto, siamo responsabili. Sono stati riferiti suicidi a seguito di “mancata presa in carico” da parte del dermatologo - il medico scelto dal paziente! - di individui convinti a torto di avere una alterazione del volto, ingravescente e inestetizzante, e incautamente etichettati come “nervosi” o “fissati” e quindi mandati dallo psichiatra, addirittura al manicomio ... quando ancora esisteva e dove esiste ancora.

Anche questa è dermatologia psicosomatica ... e altro ancora.

Bibliografia

Von Scheele C., Nordgreen L.: The mindbody problem in medicine. *Lancet*, 258- 261, 1986.

Chiozza L.: *Corpo, affetto e linguaggio*. Ed. Loescher, Torino, 1981.

Panconesi E.: *Stress and skin diseases: psychosomatic dermatology*. Lippincott 1.8., Philadelphia, *Clinics in Dermatology*, 2: 4, 1984.

Panconesi E.: “Lo stress, le emozioni, la pelle. Spunti di dermatologia psicosomatica per lo specialista e per il medico pratico” Masson, 1988

Lo stress e i capelli

Perché lo stress fa perdere i capelli

Fabrizio Fantini

Bologna



Nella nostra “lotta” per contrastare la calvizie comune bisogna affrontare e cercare di risolvere lo stress fisico e psichico. Si è visto che il più delle volte è possibile fermare la caduta dei capelli con l'utilizzo di finasteride e di altre sostanze naturali o farmacologiche. Ma bloccare il DHT non è sufficiente, bisogna occuparsi anche di eventuali dermatite seborroica ed infiammazione, utilizzando farmaci antifungini e antinfiammatori (ad esempio ketoconazolo). Con una dieta adeguata è possibile controllare il delicato e complesso equilibrio ormonale del nostro corpo, evitando anche alcune condizioni fisiologiche che possono favorire la perdita dei capelli.

Lo stress può provocare telogen effluvium sia acuto, sia cronico, fattori che mandano all'a-

ria l'efficacia delle nostre strategie anticalvizie e compromettono tutti i nostri sforzi.

Di solito lo stress è un fattore positivo che ci permette di affrontare le avversità in maniera efficiente, ci consente di reagire agli eventi quotidiani con equilibrio e mantiene vitali le nostre capacità d'apprendimento, di memoria, d'attenzione, permettendoci di risolvere i piccoli e grandi problemi della vita quotidiana. Quando però gli stimoli stressori prendono il sopravvento e l'organismo non è più in grado di reagire in maniera positiva, cominciano i problemi. Lo stress diventa una condizione fisica e psicologica di malessere, di stanchezza, che ci tiene spesso in tensione e che non ci permette di vivere in maniera serena e tranquilla. Hans Selye, uno dei pionieri dello studio sullo stress, definì la risposta dell'organismo ad una condizione avversa “*sindrome da stress biologico*”. L'organismo sottoposto a condizioni nocive opera una serie di risposte organiche che gli permettono di affrontare e superare il momento di difficoltà.

Vediamo cosa succede nel nostro corpo quando lo stress prende il sopravvento anche perché lo stress non agisce solo sulla mente ma anche sull'organismo causando alcune malattie. Abbiamo già parlato del sistema nervoso e del sistema endocrino e come essi regolino le funzioni del nostro organismo. Il sistema nervoso ha anche una sua parte autonoma, che controlla automaticamente la regolazione delle attività viscerali non sottoposte direttamente alla nostra volontà. Si divide in sistema ortosimpatico e parasimpatico ed è collegato alle midollari del surrene con delle fibre nervose.

Quando siamo sottoposti a uno stress acuto la zona midollare del surrene viene stimolata a produrre adrenalina e noradrenalina, gli ormoni del “attacca o fuggi”, che permettono all'organismo di affrontare un pericolo imminente. La pressione sanguigna e i battiti car-

diaci aumentano d'intensità, il cuore pompa più sangue e quindi si ha una maggior irrorazione sanguigna di muscoli e cervello. Crescono eccitazione e concentrazione, mentre sono inibite altre funzioni come la digestione, la riproduzione cellulare e la risposta all'infiammazione, meno importanti in quel momento. Una volta finito il pericolo la concentrazione di questi due ormoni dovrebbe calare fino a tornare a livelli normali.

Nella nostra vita quotidiana accade spesso che tratteniamo questi istinti di reazione per motivi relazionali e sociali. Certo, non siamo più attaccati da micidiali predatori come poteva capitare all'uomo del paleolitico, ma il non risolvere una futile lite o degli importanti contrasti a livello della propria vita sociale e familiare può portare a liberare costantemente troppa adrenalina e troppo spesso.

L'ipertensione essenziale, di fatto il tipo d'ipertensione più frequente ha motivazioni non ancora ben definite e lo stress può essere uno dei fattori che contribuiscono a farla insorgere.

L'adrenalina ha un'azione anche a livello del follicolo pilifero, il suo aumento nei momenti di forte stress provoca un telogen effluvium acuto. L'altra risposta dell'organismo allo stress è il rilascio da parte della corticale del surrene di cortisolo. Il cortisolo stimola il fegato a rilasciare glucosio nel sangue per permettere all'organismo di affrontare il momento di bisogno con maggiori risorse energetiche. Ma se lo stress diventa continuo nel tempo il cortisolo da utile baluardo dei nostri bisogni diventa sostanza dannosa capace di "corrodere" le funzioni più importanti del nostro organismo.

L'eccesso di glucosio, come abbiamo visto nel capitolo precedente, provoca alterazioni nella produzione d'insulina e manda in tilt l'equilibrio ormonale. Un'alterazione della produzione di glucosio, insulina, glucagone porta

all'intolleranza al glucosio e all'insulino resistenza, condizioni che possono portare al diabete. Vengono rilasciate nel sangue maggiori quantità di grassi che a lungo andare provocano un aumento di colesterolo e trigliceridi e un conseguente incremento del rischio cardiovascolare.

Si ha poi un maggior utilizzo da parte dell'organismo degli aminoacidi dei tessuti muscolari, riducendo così le risorse proteiche dei nostri muscoli. La pelle diventa più sottile e meno elastica e si indeboliscono i tessuti linfoidei, deputati a modulare le difese immunitarie del nostro organismo. Inoltre la liberazione eccessiva e costante di cortisolo è anche in grado di danneggiare la mucosa gastrica. Gastriti, esofagite da reflusso, lesioni ulcerose sono spesso correlate alle alterazioni di quest'ormone.

Lo stress fa anche cadere i capelli, ed è difficile capire i meccanismi per cui un evento stressante possa influire così tanto sulla salute e sull'equilibrio della nostra capigliatura. Sappiamo come lo stress è causa d'alopecia temporanea (telogen effluvium) acuta e cronica e come sia uno dei fattori che può far peggiorare in breve tempo la calvizie comune.

Uno stress forte e improvviso spesso è dovuto a un evento emotivo molto importante e può far cadere centinaia di capelli in fase di riposo (telogen effluvium acuto). I capelli si rifugiano nella fase di telogen e bloccano ogni attività, dopo tre mesi saranno perduti, ma non sarà danneggiata la struttura del follicolo che, finito il momento di stress, sarà pronto per un nuovo ciclo.

Se lo stress è meno intenso e più costante nel tempo avremo invece un telogen effluvium cronico, la perdita sarà meno importante, ma sarà anche più difficile risolvere il problema. Questi due tipi di telogen effluvium contribuiscono non poco a velocizzare l'evoluzione della calvizie comune. Il follicolo tende ad

accelerare ulteriormente il suo ciclo e i capelli nella fase di telogen aumentano notevolmente. Spesso non riescono neanche a passare alla fase di riposo e cadono nella fase di crescita diventando sempre più piccoli e sottili.

Come precedentemente detto adrenalina e cortisolo sono i due ormoni dello “stress” capaci di risolverci un sacco di problemi se secreti nelle giuste quantità, ma nemici della salute se prodotti in eccesso.

Per capire come lo stress possa influire sul “blocco” delle attività del capello bisogna tornare un po’ indietro, e soffermarsi sull’azione dell’AMP ciclico. All’interno delle cellule deputate alla formazione del capello (matrice) l’AMP ciclico è quella molecola che manda il messaggio ormonale per attivare i processi metabolici che permettono di produrre costantemente energia per costruire le proteine del capello. In molte cellule del nostro organismo l’ormone non entra direttamente nella cellula ma si lega ad un recettore di membrana, che interagisce con un enzima, l’adenilato ciclasi, che a sua volta permette la produzione della giusta quantità di AMP ciclico. L’AMP ciclico se non “disturbato” adempie costantemente ai suoi compiti e consente alle cellule di produrre energia con la glicolisi e di compiere in maniera normale le loro funzioni.

Nelle cellule del follicolo l’AMP ciclico permette alle cellule della matrice di produrre cheratina e ai melanociti di secernere i pigmenti necessari. Le cellule della matrice hanno sulla membrana anche dei recettori alfa per l’adrenalina e la noradrenalina. Lo stress scatena la produzione di questi ormoni e si ipotizza che legandosi al recettore alfa provochino inibizione dell’attività dell’AMP ciclico, inibizione della glicolisi, riduzione dell’attività delle cellule del follicolo e perdita dei capelli.

In qualche maniera l’adrenalina e la noradrenalina prodotte in eccesso a causa di uno stress fisico o psichico, contribuiscono assieme al DHT all’azione di “disturbo” delle attività metaboliche del follicolo pilifero.

Non per niente sono stati riferiti casi in cui a seguito di un forte spavento o stress anche l’attività dei melanociti veniva bruscamente fermata. Ricorderò sempre un mio collega di lavoro che a seguito di un grave lutto in famiglia vide i propri capelli diventare bianchi nel giro di pochi mesi. Egli ripeteva spesso che dopo la morte del padre il processo di incanutimento, prima quasi assente, si era accelerato in maniera esponenziale. La quantità dei suoi capelli non era cambiata, dato che non soffriva di calvizie comune. In questo caso probabilmente l’adrenalina prodotta in eccesso e lo stress ossidativo avevano impedito alla maggior parte dei melanociti di produrre la melanina.

Individuare il telogen effluvium cronico è un po’ più complicato, perché non si manifesta solo con una diffusa caduta dei capelli su tutta la testa, ma anche con una caduta meno grave e più costante che si può spesso “nascondere” dietro a una calvizie. Anche in questo caso è indispensabile rivolgersi a un medico qualificato che vi farà un esame dettagliato per risolvere la calvizie e capire i motivi del telogen effluvium.

E il cortisolo? Si è osservato come il cortisolo sia fondamentale per riequilibrare gli squilibri glucidici nel sangue. In seguito ad un eccesso d’insulina nel sangue, il cortisolo è spesso costretto ad intervenire per sostituire il glucagone nello stimolare la liberazione del glucosio nel sangue.

Anche lo stress cronico aumenta il cortisolo nel sangue, provocando nel corso degli anni disturbi e malattie. L’aumento di cortisolo inibisce la produzione di tutti gli eicosanoidi (ormoni locali), sia quelli dannosi che provo-

cano infiammazione, sia quelli benefici che permettono una comunicazione ormonale perfetta dei sistemi cardiovascolare, nervoso e immunitario.

Di fatto il cortisolo, bloccando l'azione di questi eicosanoidi "buoni", altera l'azione dell'effettore del messaggio, cioè l'AMP ciclico. Anche le cellule della matrice del follicolo, deputate a produrre il capello, hanno bisogno di un eicosanoide che mantenga costante il messaggio per poi "passarlo" all'AMP ciclico. La prostaglandina PG2 ha come precursori gli omega 6 ed è stata isolata a livello delle cellule germinative della matrice del follicolo. Il cortisolo in eccesso potrebbe bloccare la produzione di eicosanoidi buoni con un eccesso di produzione di PG2 e una conseguente alterazione nella produzione di cheratina.

Il cortisolo in eccesso mobilita continuamente glucosio nel sangue. L'eccesso di glucosio è in grado di alterare (glicosilare) la struttura molecolare delle proteine destinate ai processi rigenerativi del nostro organismo, come ad esempio quelle coinvolte nella formazione della cheratina dei capelli.

In seguito ad uno stress il follicolo pilifero subisce quindi dei disordini metabolici e delle interferenze nei messaggi ormonali, si ha inoltre la formazione di radicali liberi che sono la conseguenza di questi danni metabolici più o meno transitori.

I radicali liberi possono ossidare grassi, proteine, DNA, danneggiando la struttura di queste molecole. Le cellule "operaie" della matrice del capello, deputate alla continua produzione di cheratina sono in costante attività mitotica (divisione cellulare) e possono essere influenzate dallo stress ossidativo dei radicali liberi. I radicali liberi danneggiano gli enzimi e le molecole del bulbo pilifero, scatenando una reazione a catena che negli anni provoca un accelerato invecchiamento della struttura del capello. Il follicolo pilifero subisce una

parziale alterazione del ciclo e le cellule germinative (cellule della matrice) anticipano la loro temporanea "morte" cellulare (apoptosi). Il periodo catagen, che prepara il follicolo pilifero alla nascita di un nuovo capello risulta alterato e imperfetto (Arck e al. 2002). Le cellule del bulbo reagiscono a questa "minaccia" producendo enzimi che hanno il compito di disattivarne l'azione dannosa.

Lo stress incide sulla salute dei nostri capelli ed è anche una delle cause d'invecchiamento dei distretti corporei principali. Potenzialmente siamo tutti soggetti allo stress, anche perché esso si manifesta in maniera differente in ognuno di noi. Ogni singolo individuo risponde allo stesso tipo di stress in maniera differente. E qui subentra il nostro stile di vita e l'atteggiamento mentale dato che non sempre è importante cosa ci accade, ma come lo affrontiamo e lo interpretiamo.

Le cause dello stress spesso sono difficili da individuare e codificare, inoltre sottoposti costantemente ad eventi stressanti non siamo più sensibili ai segnali di stress. Come fare per affrontare questo stato di disagio? La risposta allo stress è un fatto individuale, così come i rimedi giusti per una persona possono non esserlo per un'altra.

Spesso il primo consiglio che viene dato è quello di "rilassarsi", ma se sono stressato come faccio a rilassarmi? Sarebbe troppo facile e semplicistico.

Veniamo alle cause dello stress fisico e psicologico: numerosi autori hanno codificato degli "stressori", vale a dire delle cause scatenanti lo stress, che incidono sulla nostra salute e diventano delle perturbazioni più o meno costanti della nostra serenità. Questi inconvenienti ambientali di varia natura, che si possono dividere in biologici e psicosociali, disturbano l'equilibrio e l'armonia tra mente e corpo.

Lo stress dovuto a fattori fisici si accompagna

ad un altro stress di tipo psicologico che può essere dovuto sì a un dispiacere familiare o a un faticoso trasloco, ma anche a una serie di seccature di tutti i giorni che dobbiamo imparare ad affrontare con un atteggiamento positivo e costruttivo. Se valutiamo gli stressori e le cause del telogen effluvium troviamo numerosi fattori in comune che confermano, se ce ne fosse ancora bisogno, la stretta connessione tra perdita di capelli e stress.

In definitiva tutto quello che provoca stress potrebbe provocare anche la perdita dei capelli, perché l'organismo reagisce ad uno stimolo esterno in maniera aspecifica. Qualunque sia il fattore stressante i meccanismi fisiologici di risposta dell'organismo vengono controllati dal sistema nervoso autonomo e dalle ghiandole surrenali con produzione di adrenalina e cortisolo.

Il primo passo è affrontare gli eventi negativi in maniera positiva, o almeno essere consapevoli che l'ottimismo è una delle basi indispensabili che ci permetterà di superare gli ostacoli della nostra vita. Ci deve essere sempre una ragione per vivere con fiducia e ottimismo lo straordinario percorso della nostra vita che dobbiamo trovare in noi stessi anche nei momenti di grande difficoltà. L'ottimista pianifica una strategia per agire sulle cause dello stress, traslascia le attività meno importanti finché non risolve la situazione e si avvale dell'appoggio e dei consigli di chi gli sta vicino. Forse l'antica massima latina "Festina lente", affrettati lentamente, potrebbe fare al caso nostro. Bisogna affrontare la vita quotidiana e le possibili difficoltà con intenso e costante impegno, con un atteggiamento mentale positivo che potrà essere elaborato solo da noi stessi in quanto siamo gli unici a conoscere tutte le variabili. Ricercatori e i psicoanalisti hanno codificato alcune strategie generali per affrontare nella maniera corretta lo stress negativo.

Per aiutare il benessere fisico e contrastare lo stress l'attività fisica e la meditazione possono essere strategie vincenti. La nostra mente ha bisogno di trovare dei momenti di relax e di riposo e ognuno troverà l'attività fisica più adatta alle sue caratteristiche. L'esercizio fisico moderato è utile per contrastare lo stress negativo ed è benefico sia a livello organico che psichico. Bisognerà scegliere un'attività fisica aerobica che preferiamo, come la bicicletta, la corsa, il nuoto o una camminata a passo veloce.

I benefici che avremo da questa attività saranno un aumento della massa magra (muscoli) e una diminuzione di quella grassa (tessuto adiposo). I livelli di colesterolo nel sangue si abbassano e una attività moderata contribuisce anche a controllare i livelli di cortisolo e adrenalina. Attenzione! è anche assodato che l'attività fisica troppo pesante, affrontata senza un carico di lavoro graduale porta ad un aumento di radicali liberi e di cortisolo. In effetti, uno stress fisico eccessivo porta a liberare un eccesso dei due ormoni dello stress, adrenalina e cortisolo per aumentare la risposta di adattamento fisiologico dell'organismo. A questa attività aerobica moderata correlata alla corsa o alla bicicletta bisognerebbe accompagnare un po' di attività anaerobica, vale a dire un leggero potenziamento muscolare, 10 - 15 minuti al giorno, tramite esercizi con pesi leggeri e flessioni sulle braccia e sulle gambe a seconda del proprio stato di allenamento. Questa attività permette di mantenere costante la quantità e la qualità della nostra massa muscolare.

Bastano anche 20 minuti al giorno di pesi leggeri per tre volte alla settimana per avere risultati buoni anche solo dopo pochi mesi. La massa grassa si riduce in maniera significativa, mentre la massa muscolare mantiene la sua integrità o aumenta leggermente. Un bravo allenatore vi consiglierà anche 15 minu-

ti al giorno di allungamento muscolare per mantenere i muscoli elastici.

È importante che l'attività fisica sia adatta alle nostre caratteristiche, quindi bisogna scegliere uno sport che ci gratifichi anche mentalmente.

La meditazione e le tecniche di rilassamento contribuiscono anch'esse a combattere lo stress. Numerosi studi in questi ultimi anni hanno confermato come gli esercizi di meditazione e di rilassamento, se effettuati costantemente, possano dare un beneficio e ridurre alcuni tra i parametri fisiologici correlati allo stress. I test erano stati eseguiti su monaci zen, su chi praticava tecniche trascendentali, yoga e training autogeno. I cambiamenti fisiologici più importanti sono stati:

- riduzione della frequenza cardiaca, respiratoria e riduzione del consumo di ossigeno;
- regolazione della produzione del cortisolo;
- riduzione del rilascio di noradrenalina da parte delle ghiandole surrenali ;
- rimodulazione della serotonina, neurotrasmettitore importante per mantenere l'umore,
- modulazione della produzione del deidroepiandrosterone e del testosterone,
- è stato anche riscontrato un aumento dell'elasticità e resistenza dell'epidermide con un miglioramento generale dello stato della pelle.

Le tecniche di rilassamento possono essere quindi utili per contrastare lo stress e contribuire a migliorare il nostro stato di salute fisico e mentale.

Quante volte quando ci sentiamo in tensione o stressati, sbuffiamo aria, quasi con un atto liberatorio. Probabilmente è anche in parte un gesto inconscio per terminare l'apnea e regolare il ritmo del respiro. Non è questo il luogo per sviluppare in maniera completa un argomento così importante, sappiate comunque che non bisogna per forza diventare dei

monaci buddisti per ritrovare un buon equilibrio, esistono infatti delle strategie semplici e pratiche che derivano dai dettami di alcune arti orientali che potranno fare al caso vostro. È importante respirare bene per la nostra salute spirituale e fisica. Un esercizio utile e semplice da eseguire quotidianamente può essere quello della respirazione profonda che permetterà di ridurre le tensioni e aiutare a rilassarci.

Riassumendo

Oltre l'ereditarietà, abbiamo visto che nella calvizie comune sono coinvolti altri fattori difficili da quantificare, come lo stress, l'alimentazione e lo stile di vita. Lo stress e un'alimentazione scorretta alterano la produzione normale e ciclica del cortisolo, dell'adrenalina, del testosterone, dell'insulina ecc., sfasando il ritmo biologico giornaliero del nostro organismo e accelerando l'invecchiamento del nostro corpo, compresi la pelle e i capelli.

Non è ancora possibile sapere esattamente in che percentuale queste variabili possono influire sulla perdita dei capelli anche perché ognuno di noi ha un profilo metabolico e genetico personale. Una cosa è certa però, l'attività fisica regolare e le tecniche di rilassamento contribuiscono a mantenere efficiente il ritmo biologico del nostro organismo, modulando la produzione ritmica degli ormoni e contrastando la formazione dei radicali liberi e l'invecchiamento.

Bibliografia

Arck PC, Handjiski B, Hagen E, Joachim R, Klapp BF, Paus R: Indications for a 'brain-hair follicle axis (BHA): inhibition of keratinocyte proliferation and up-regulation of keratinocyte apoptosis in telogen hair follicles by stress and substance P. FASEB J. 2001 Nov;15(13):2536-8.

Chrousos GP: Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. Ann NY Acad Sci 1998, 851:311-33.

Chase HB: Physical factors which influence the growth of hair. Montagna W Ellis RA eds. The Biology of Hair Growth. 1953:pp 435-440 Academic Press, New York.

Paus R, Peters EM, Eichmüller S, Botchkarev VA: Neural mechanisms of hair growth control. J Invest Dermatol Symp Proc 1997, 2:61-68.

Paus R: Stress and the skin. Exp Dermatol 2001, 10:367.

Singh VK: Neuropeptides as native immune modulators. Prog Drug Res 1995, 45:9-31

Selye H: The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. 1950:p 727 ACTA Inc. Medical Publishers, Montreal.

Trepast L, Petre AJ: 'Pelada Universal por shock emotiva.' Semana Méd 1942, 1:65.

Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY: The effect of hair loss on quality of life. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000, 15:137-139.

Alopecia Psicogena

Daniele Campo

Roma



introduzione:

Da molto tempo si sa che lo stress è una possibile causa di caduta di capelli sebbene non sia mai esistita una chiara evidenza. La risposta biologica dell'organismo allo stress include classicamente l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticale del surrene. Esiste una via alternativa nella risposta allo stress rispetto a questa classica: un'ampia catena di neuropeptidi, neurotrasmettitori, e ormoni (Nerve Growth Factor, Ormone Stimolante la Corticotropina, Sostanza P, catecolamine) che, liberati dai pressori nervosi amielinici cutanei, media e modula il sistema di risposta agli stimoli con un'azione diretta a livello periferico. La maggioranza dei componenti molecola-

ri che mediano lo stress ambientale come neurotrasmettitori e citochine sono presenti anche nella pelle. Lo stress psicofisico attiva una catena di eventi molecolari che passa per il NGF, la sostanza P e le catecolamine che sono mediatori chiave degli effetti inibitori sulla crescita dei capelli indotta dallo stress.

Bisogna ipotizzare una condizione di Alopecia Psicogena ogni qualvolta siamo davanti a soggetti senza una familiarità per alopecia androgenetica, che manifestano un diradamento diffuso e più visibile nell'area post frontale fin quasi al vertice.

Utilizzando il videomicroscopio, si rileva facilmente un piccolo alone eritematoso che circonda gli infundibili dei capelli.

Alla base di tale condizione si rileva uno stato depressivo, di cui il soggetto è solo parzialmente consapevole e che pertanto utilizza la via somatica come canale preferenziale di espressione.

Andrea Mariani

Premessa

È noto, da tempo, che la perdita dei capelli, nella specie umana, è associata ad un significato che va oltre quello di una realtà fisica immediatamente percepibile; esiste un rapporto stretto tra i capelli e la sfera psichica a livello personale e ci sono implicazioni sociali che devono essere considerate. Tuttavia, proprio per questo, si è soliti ritenere che il correlato psichico dell'alopecia sia secondario alla condizione di stress associata al cambiamento della propria immagine e alla riduzione dell'autostima ad essa conseguente. Tale aspetto è maggiormente indagato nel sesso maschile, a causa della maggiore frequenza di

questo problema (1). In particolare, si è osservato che la caduta dei capelli comporta la percezione della riduzione della propria attrattiva personale, la paura di invecchiare e presenta una ripercussione negativa sulla vita sociale, associata ad una frequente riduzione del tono dell'umore. Addirittura, si è osservata una peggior qualità di vita in pazienti affetti da questo problema (2). Altri studi, tuttavia, mettono in dubbio un legame causa-effetto così impostato, suggerendo la possibilità che la perdita dei capelli sia secondaria ad una condizione psicologica di disagio personale (3). Inquadrata in tale ottica, l'alopecia costituirebbe una malattia psicosomatica in piena regola.

Si è anche tentato di operare delle distinzioni a seconda dei diversi aspetti patogenetici dell'alopecia: uno studio retrospettivo condotto su 100 pazienti affetti da alopecia androgenetica avrebbe evidenziato una condizione depressiva strutturata su tratti di personalità di tipo evitante e postulerebbe una difficile gestione degli impulsi aggressivi espressa con modalità indirette (4).

Per quanto riguarda l'alopecia areata, sebbene l'insorgenza di tale malattia sia stata correlata molto spesso a stress emotivi, i risultati ottenuti dai diversi studi non sembrano univoci. Infatti, esistono evidenze indicative di una maggior frequenza della condizione ansioso-depressiva in tali soggetti, oltre ad un aumentato riscontro di strutture di personalità dipendente o antisociale o di un disturbo dell'adattamento con umore depresso (5). L'alopecia areata risulterebbe inoltre associata con una maggiore incidenza di modalità evitanti nelle relazioni sociali, Alessitimia e scarso supporto sociale (6). Tale comorbidità costituirebbe la base per trattamenti sia farmacologici che psicoterapeutici di vario genere, che si potrebbero dimostrare efficaci anche sull'alopecia in senso stretto (7, 8), sup-

portando in tal modo l'ipotesi di una genesi causale da parte dell'aspetto psicologico. Uno studio recente in proposito ha dimostrato, infatti, che l'ipnosi ha determinato la ricrescita dei capelli in circa la metà dei soggetti trattati, affetti da alopecia areata refrattaria ad altre terapie (9).

D'altro canto, anche evidenze contrarie appaiono aperte alla possibilità che eventi di vita stressanti possano agire come agenti scatenanti della comparsa o della riesacerbazione della malattia (10).

Per quanto riguarda i modelli animali, Arck e colleghi, proseguendo i loro precedenti lavori forniscono ulteriori evidenze sulla esistenza di un "asse cervello-follicolo pilifero". Essi dimostrano che lo stress sonico induce significative modificazioni nella crescita del follicolo pilifero promuovendone la transizione verso la fase involutiva. L'arresto prematuro della crescita del follicolo pilifero indotta dagli stressors è associata ad apoptosi dei cheratinociti, aumentata degranulazione dei mastociti ed evidenza di infiltrato infiammatorio perifollicolare provocato da macrofagi attivati. Inoltre, gli autori mostrano che molti di questi effetti inibitori sulla crescita dei capelli, provocati dallo stress, possono essere riprodotti, in topi non colpiti dallo stimolo, con somministrazione di sostanza P, mentre antagonisti recettoriali della sostanza P riducono l'effetto inibizione sulla crescita dei peli indotta dallo stress (11). La sostanza P rilasciata localmente potrebbe inibire direttamente la crescita dei cheratinociti del follicolo pilifero o indurre apoptosi attraverso un'induzione al rilascio di citochine inibitrici la crescita del capello come il Tumor Necrosis Factor alfa (TNF alfa) e l'Interleuchina 1 (IL 1) dai macrofagi e dai mastociti (12).

I dati ottenuti negli ultimi quindici anni ci suggeriscono che i più importanti componen-

ti molecolari che mediano la risposta sistemica agli stressors ambientali: CRH (Corticotropin Releasing Hormone) e peptidi derivati dalla pro-opiomelanocortina, come anche, neurotrasmettitori e citochine sono espressi anche sulla cute (13).

Un tale schema è stato descritto e può prodursi nella cute umana, nelle ghiandole sebacee, in virtù del fatto che queste esprimono i recettori neuropeptidici complementari. Il Corticotropin Releasing Hormone (CRH) è l'elemento più prossimo dell'asse HPA, ed esso agisce come coordinatore centrale per la risposta neuroendocrina e comportamentale allo stress.

Le conclusioni a cui si è arrivati indicano il CRH come responsabile dello sviluppo clinico di iperseborrea, alopecia androgenetica, invecchiamento cutaneo xerosi ed altri disordini cutanei associati ad alterazioni nella formazione dei lipidi di origine sebacea (14).

Verso una possibile patologia psicosomatica

È ampiamente diffusa la conoscenza che il quadro clinico delle sindromi depressive includa sia sintomi fisici che psichici. Tuttavia, nonostante sin dai tempi di Ippocrate le descrizioni del fenotipo clinico della depressione abbiano sottolineato la frequente presenza di astenia, dolori diffusi e vaghi, disturbi gastrointestinali, cefalea, dimagrimento e perdita dei capelli, solo di recente queste osservazioni cliniche sono state supportate da studi sistematici e strutturati (15, 20).

Uno studio internazionale condotto da Simon et al. (21) su 1146 persone affette da depressione maggiore e visitate in ambulatori di medicina generale ha riscontrato che la causa che aveva motivato i pazienti a rivolgersi ad un sanitario era nel 69% dei casi un sintomo fisi-

co. L'11% dei pazienti negava la presenza dei sintomi psichici associati al quadro depressivo.

La presentazione del quadro depressivo in termini di sintomi fisici spesso ostacola o ritarda la diagnosi, in quanto i medici tendono ad identificare il disturbo affettivo esclusivamente con i sintomi psichici (22, 24). Uno studio condotto su 75 pazienti depressi o affetti da disturbo d'ansia con sintomi fisici ha riscontrato che la presentazione del quadro psichiatrico attraverso sintomi fisici si associa ad una diagnosi corretta solo nel 22% dei casi (25).

Negli ultimi anni, l'interesse per i sintomi fisici della depressione è stato stimolato dall'acquisizione di nuovi dati di carattere prognostico e terapeutico. È stato, infatti, dimostrato che la persistenza di sintomi fisici è predittore significativo di ricaduta (26-28). In termini terapeutici, la dimostrazione del coinvolgimento dei trasmettitori associati alla mediazione del dolore ha stabilito un razionale per l'uso di farmaci antidepressivi anche per il trattamento dei sintomi fisici coinvolti nel quadro depressivo (29,31).

Il diradamento dei capelli dei capelli nella specie umana, ad esclusione delle alopecie cicatriziali, della alopecia areata e di evidenti casi di telogen effluvium, si presenta, secondo lo schema di Hamilton oppure secondo lo schema di Ludwig. Il primo viene universalmente indicato come paradigmatico della alopecia androgenetica di tipo maschile, la quale è dovuta alla presenza di un livello di ormoni androgeni compatibile con il sesso maschile ed è caratterizzato da un arretramento della linea frontale, più marcato nei recessi frontotemporali, e da un diradamento progressivo del vertice. Il secondo schema è invece la forma di diradamento di capelli che più frequentemente colpisce le donne (cosiddetta "alopecia androgenetica femminile"), dove il

livello degli ormoni androgeni è fortemente inferiore rispetto al sesso maschile. In quest'ultima forma di diradamento assistiamo, invece, ad un diradamento più marcato nell'area medio-anteriore. Le alopecie che si manifestano secondo questo schema, possono essere visibili anche nel sesso maschile, dove secondo la nostra esperienza sono spesso clinicamente rilevabili in associazione ad iperseborrea in pazienti con personalità nei quali si nota uno stato d'ansia diffusa e la tendenza ad una riduzione del tono dell'umore.

Alla luce di tali premesse, scopo del nostro lavoro è stato, dunque, quello di valutare la possibilità che aspetti psicologici possano rivestire un ruolo causale nella genesi e nel mantenimento della perdita dei capelli in soggetti colpiti da un diradamento di capelli di tipo diffuso, più marcato nell'area media-anteriore senza recessione della linea frontotemporale e con associata iperseborrea.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati di 29 pazienti con diradamento diffuso, più marcato nell'area media anteriore (13 maschi e 16 femmine), di età compresa tra i 18 e i 61 anni. L'età media dei pazienti era di 29 anni. Tutti i pazienti presentavano diradamento di capelli ed iperseborrea.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione psicodiagnostica con i seguenti reattivi mentali: Bender Visual Motor Gestalt Test (BVMGT), Disegno di Figura Umana (DFU), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), test di Rorschach. L'MMPI è stato scelto nella forma 1 in quanto risulta di più semplice esecuzione e valutazione della forma 2. Essendo poi stato inserito in una batteria completa di test, le scale cliniche in esso

contenute costituivano il nostro principale oggetto di ricerca.

Sulla base del quadro clinico riscontrato, a tali pazienti è stata proposta una terapia di tipo farmacologico o psicoterapeutico ad orientamento dinamico. I farmaci prescritti rientravano principalmente in tre classi di antidepressivi: inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI) ed antidepressivi triciclici (TCA). Circa il 50% dei casi ha assunto benzodiazepine (BDZ) in aggiunta alla terapia antidepressiva.

Tra i pazienti, 14 hanno accettato di assumere farmaci, 6 di associarli ad una psicoterapia. La media di osservazione nel tempo è stata di 4 mesi, durante e al termine dei quali i pazienti sono stati valutati clinicamente.

Risultati

Dei 29 pazienti sottoposti a valutazione psicodiagnostica, 27 hanno mostrato la presenza di un quadro depressivo, riscontrabile attraverso almeno due dei seguenti indici testologici:

1) BVGT: dimensioni, uso dello spazio tra i disegni e modificazioni della curvatura.

2) DFU: livello grafico: scarsa pressione nel tratto; livello formale: ridotta dimensione della figura, collocazione a ridosso dei margini; livello contenutistico: braccia corte, omissione delle mani, disegno di cintura o evidenza e separazione del punto vita.

3) MMPI: elevati punteggi alla scala D (t-score >75)

4) Rorschach: presenza di contenuti depressivi; presenza di fenomeni particolari di tipo MOR.

La componente di ansia è stata evidenziata in 16 soggetti del nostro campione, ed è stata espressa attraverso i seguenti indici:

1) BVGT: sequenza irregolare, qualità della

linea

2) DFU: livello grafico: pressione o tratto discontinuo; livello formale e contenutistico: distorsione o ombreggiature di parti della figura;

3) MMPI: elevati punteggi alle scale Hy, Pt, Sc (t-score > 75), in varia combinazione tra di loro

4) Rorschach: elevati valori di F% (>85%), contenuti, fenomeni particolari quali DV, risposte oppure, autoriferimenti.

Per quanto riguarda la struttura di personalità, essa è risultata piuttosto variabile. La prevalenza (19 soggetti) ha mostrato aspetti di tipo isteriforme, evitante e/o dipendente. Una parte minore, secondo noi molto significativa, ha presentato tratti narcisistici di personalità (6 soggetti). Gli altri 4 hanno presentato aspetti predominanti di ritiro sociale.

Il contatto con la realtà è stato valutato soprattutto attraverso MMPI e Rorschach (scale di psicosi; percentuale di P, qualità formale, contenuti, fenomeni particolari). I risultati sono stati a favore di un mantenimento del rapporto con la realtà, tranne che in due casi, in cui è risultato fragile (strutture borderline di personalità).

Per quanto riguarda i risultati del trattamento farmacologico, 8 pazienti hanno mostrato un miglioramento clinicamente significativo nella caduta dei capelli, indipendentemente dal tipo di terapia (farmacologia o psicoterapeutica).

Discussione

Dall'esame della letteratura da noi effettuato, sembra che il rapporto tra alopecia ed aspetti psicologici sia piuttosto assodato. Tuttavia, rimane incerto se tale rapporto sia di causa o di effetto, dal momento che la maggioranza degli studi considera lo stress una conseguenza della caduta dei capelli e della svalutazione

della propria immagine da essa derivata.

In realtà, il nostro lavoro indica che, nella quasi totalità dei pazienti da noi esaminati, era presente una condizione depressiva, non sempre associata ad ansia. Tale osservazione fa pensare che un tratto depressivo fosse preesistente e determinante nella caduta dei capelli e, pertanto, che l'alopecia stessa possa essere considerata una malattia psicosomatica in piena regola.

Si intende, infatti, per malattia psicosomatica qualunque manifestazione patologica organica dimostrabile, causata o aggravata da fattori psicologici. Fanno parte di questo gruppo malattie quali la cardiopatia ischemica, l'asma, l'ulcera peptica ed altre. Tra le affezioni dermatologiche, oltre alle connettivopatie, rientrano in tale definizione anche l'orticaria e l'angioedema. Pertanto, la cute è già dimostrata essere un possibile organo bersaglio di manifestazioni e aspetti psichici o la spia di questi.

La condizione psichica più comune nei nostri pazienti è risultata la depressione, di cui i soggetti si sono dimostrati non sempre consapevoli: è, quindi, possibile che, attraverso mediatori immunoistochimici, tale condizione psichica abbia utilizzato un canale somatico e non psichico di espressione. Questo meccanismo psichico è alla base di tutte le malattie psicosomatiche ed è possibile che ne rappresenti la via finale comune.

Inoltre, soggetti con tratti caratteriali di iperallerta ed ipercontrollo, hanno mostrato una maggiore vulnerabilità nella perdita dei capelli. Dalle nostre osservazioni risulta, infatti, che in un sottogruppo di pazienti 65% in cui si osservano aspetti caratteriali di perfezionismo, ordine e metodicità in cui l'ansia raggiunge livelli più elevati, le manifestazioni tricologiche sono più evidenti.

Dal punto di vista della struttura di personalità, come era prevedibile, la maggior parte dei

nostri pazienti ha presentato tratti che rientrano nel gruppo indicato nel DSM IV-TR quale "drammatico, emotivo ed erratico" oppure nel gruppo "ansioso e timoroso". Infatti, i meccanismi di difesa che rientrano in questi aspetti riguardano principalmente la rimozione e conversione sul soma e l'evitamento e concorrono a motivare il ripiegamento di sentimenti o impulsi sulla via somatica. Un sottogruppo rilevante (20,6%) ha poi mostrato un nucleo narcisistico, inteso come ricerca costante di attenzione ed ammirazione e strutturato su un'idea svalutata di sé. Considerato che anche in tali soggetti si è riscontrata una sintomatologia depressiva, ipotizziamo che l'aggressività che accompagna la depressione sia stata negata e rivolta contro se stessi. Sarebbe, insomma, una modalità di "autopunizione" volta a colpirsi in una componente molto importante, considerato che l'aspetto fisico costituisce la via più immediata e diretta di rapportarsi agli altri.

Per quanto riguarda il rapporto con la realtà, non ci sembra che esso sia risultato alterato, anche se una piccola parte ha mostrato di appartenere alle strutture borderline, in cui il contatto è fragile. Nell'insieme, quindi, si tratta di pazienti con un buon funzionamento sociale, relazioni stabili e un'attività lavorativa.

Infine, i risultati del trattamento farmacologico e psicoterapeutico si sono dimostrati buoni. Sottolineiamo, comunque, che una parte dei pazienti, ovviamente non inclusi nello studio, cui è stata proposta l'opportunità di un trattamento anche sul versante psicologico, ha preferito non aderire. Ciò sembra logico, in quanto la negazione del problema psicologico costituisce un cardine dei disturbi psicosomatici.

Conclusioni

Nonostante i recenti progressi e le nuove conoscenze riguardanti gli stati alopecizzanti, ci sembra che ancora molto rimanga da spiegare riguardo le modalità di connessione tra aspetto somatico e psicologico, soprattutto per quanto attiene una componente attualmente così importante dell'immagine di sé quale l'aspetto fisico. Il nostro studio sottolinea, comunque, come aspetti psichici possano avere un ruolo determinante nella genesi e nel mantenimento della perdita dei capelli, mettendoci nelle condizioni di ipotizzare una nuova entità nosografia che si presenta con caratteristiche cliniche ben distinte e che potremmo denominare Alopecia Psicogena. Va da sé che ulteriori studi con un maggiore numero di pazienti serviranno ad inquadrare meglio tale condizione.

Bibliografia

- Alfonso M, Richter-Appelt H, Tosti A et al: The psychosocial impact of hair loss among men: a multinational European study. *Curr Med Res Opin* 2005; 21(11): 1829-36
- Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY: The effect of hair loss on quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 5 (2): 137-9
- Grimalt R: Psychological aspects of hair disease. *J Cosmet Dermatol* 2005; 4 (2): 142-7
- Camacho FM, Garcia-Hernandez M: Psychological features of androgenetic alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16(5): 476-80
- Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ: Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003; 42 (6): 434-7
- Picari A, Pasquini P, Cattaruzza MS et al: Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44(5):374-81
- Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A et al: Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999; 26(10): 625-32
- Ricciardi A, Ruberto A, Garcia-Hernandez MJ et al: Alopecia areata with comorbid depression: early resolution with combined paroxetine-triamcinolone treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20(8): 1000-1
- Willemsen R, Vanderlinden J, Deconinck A et al: Hypnoterapeutic management of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55(2):233-7
- Gulec AT, Tanriverdi N, Duru C et al: The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004; 43(5): 352-611
- Arck PC, Handjiski B, Peters EMJ, Peter AS, Hagen E, Fisher A, Klapp BF, Paus R: Stress inhibits hair growth in mice by induction of premature catagen development and deleterious perifollicular inflammatory events via neuropeptide substance P-dependent pathways. *Am J Pathol* 2003; 162:803-814
- Arck PC, Handjiski B, Hagen E, Joachim R, Klapp BF, Paus R: Indications for a 'brain-hair follicle axis (BHA): inhibition of keratinocyte proliferation and up-regulation of keratinocyte apoptosis in telogen hair follicles by stress and substance P. *FASEB J*. 2001 Nov;15(13):2536-8.
- Slominski A, Wortsman J, Luger T, Paus R, Solomon S: Corticotropin releasing hormone and proopiomelanocortin involvement in the cutaneous response to stress. *Physiol Rev* 2000, 80:979-1020
- Zouboulis CC, Seltmann H, Hiroi N, Chen WC, Young M, Oeff M, Scherbaum WA, Orfanos CE,

- McCann SM, Bornstein SR: Corticotropin-releasing hormone: An autocrine hormone that promotes lipogenesis in human sebocytes. *Physiology*, PNAS 2002; 99(suppl 10):7148-53
15. Danielsson U, Johansson EE: Beyond weeping and crying: a gender analysis of depression. *Scad J Prim Health Care* 2005; 23: 171-7
16. Dantz B, Ashton AK, D'Mello DA et al. : The scope of the problem: Physical symptoms of depression. *J Fam Pract* 2003; (suppl): S6-8
17. De Waal MW, Arnold IA, Spinhoven P et al: The reporting of specific physical symptoms for mental distress in general practice. *J Psychosom Res* 2005; 59:89-95
18. Greco T, Eckert G, Kroenke K: The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 813-8
19. Green JF: Physical symptoms of depression: unmet needs. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 7): 5-1
20. Greenberg PE, Leong SA, Birnbaum HG et al: The economic burden of depression with painful symptoms. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl7): 17-23
21. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341: 1329-35
22. Sartorius N: Physical symptoms of depression as a public health concern. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 7): 3-4
23. Savard M: Bridging the communication gap between physicians and their patients with physical symptoms of depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6(suppl 1): 17-2
24. Trivedi MH: The link between depression and physical symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6(suppl 1): 12-6
25. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-41
26. Fava M, Mallinckrodt CH, Detke M et al: The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 521-30
27. Fava M: Depression with physical symptoms: a treating to remission. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 7):24-8
28. Keeley RD, Smith JL, Nutting PA et al: Does a depression intervention result in improved outcomes for patients presenting with physical symptoms? *J Gen Intern Med* 2004; 19: 615-2
29. Bradley RH, Barkin R, Jerome J et al: Efficacy of venlafaxine for the long term treatment of chronic pain with associated major depressive disorders. *Am J Ther* 2003;10:318-23
30. Briley M: Clinical experience with dual action antidepressants in different chronic pain syndromes. *Hum Psychofarmacol* 2004; 19(suppl 1):S21-5
31. Fava M: The role of the serotonergic and noradrenergic neurotransmitter system in the treatment of psychological and physical symptoms of depression. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 13): 26-9.

La dismorfofobia (ovvero la “non-malattia”)

Andrea Marliani
Firenze



La pelle e i capelli rivestono un ruolo importante quali organi di comunicazione: l'aspetto esteriore di un individuo, sia sano che malato, non solo rispecchia i suoi sentimenti, ma evoca allo stesso modo sentimenti e giudizi nelle persone che lo circondano.

I capelli hanno rappresentato, sin dai periodi più remoti della storia, uno dei punti deboli del corpo umano, fonte di grande sofferenza. L'immagine di sé viene fortemente alterata, in un numero altissimo di persone, quando la capigliatura si dirada e perde volume e lucentezza.

La perdita dei capelli, o la convinzione di perdere i capelli, rappresentano la motivazione razionale di forme di ansia e depressione più o meno gravi o di disturbi della personalità in un numero preoccupante di persone.

Sebbene l'opinione prevalente tra la gente sia che la calvizie sia molto meno importante nell'uomo che nella donna, anche gli uomini riconoscono con sempre maggiore frequenza che il mantenimento di una folta capigliatura rivesta una grande importanza.

La paura di restare calvi colpisce entrambi i sessi e induce i pazienti a consultare non solo il dermatologo (e spesso più d'uno) ma, purtroppo, anche numerosissimi “esperti”, che esperti non lo sono praticamente mai, abili però a far leva sulla labilità psicologica di questi pazienti.

Lo scopo dell'opera di questi individui, sempre più numerosi, è evidentemente solo speculativo e frequentemente oltre i limiti della legalità.

Un problema psicologico particolare che colpisce sia uomini che donne è rappresentato da una caduta di capelli immaginaria, della quale cioè non esiste alcun segno obiettivo e che spesso si manifesta come espressione di depressione mascherata o di dismorfofobia, cioè timore della deturpazione.

L'attività clinica e l'esperienza quotidiana di ogni dermatologo sono testimonianza della particolarità di certe situazioni psicologiche che affliggono un gran numero di pazienti che si presentano allo specialista per un problema di capelli.

Questo dato consente di evidenziare, nel quotidiano rapporto medico-paziente, tre ordini di difficoltà:

- 1- assenza di rilievo clinico ed obiettivo della patologia tricologica riferita dal paziente
- 2- presenza di patologie tricologiche specifiche (ad esempio alopecia androgenetica), accompagnate dal rifiuto del paziente di accettare tale diagnosi con conseguente frenetica ricerca di una diagnosi alternativa.
- 3- evidenza clinica di una patologia tricologica accompagnata da una scarsa disponibilità del paziente ad intraprendere la terapia.

Tali considerazioni, se molto spesso sorprendono psicologi e psichiatri, non stupiscono in realtà noi dermatologi: infatti, l'esperienza quotidiana di visitare numerosi soggetti che lamentano un problema di capelli, ci ha abituati a sapere che spesso ci si trova davanti a pazienti psicologicamente instabili.

Le frasi “se avessi i capelli sarei felice, con una vita di relazione normale”, “se avessi i capelli potrei avere un lavoro di successo e prestigio” o “preferirei avere un tumore piuttosto che perdere i capelli” sono purtroppo ben note al dermatologo che si occupa di tricologia.

Il disagio psicologico di un numero così alto di pazienti tricologici motiva anche la altrettanta facilità con cui queste persone cadono vittime dei presunti esperti, dei “tricologi” (i famigerati personaggi “diplomati” in tricologia ed organizzazioni non ben definibili, che diffondono notizie scientificamente ridicole, avversano con decisione l'operato e la conoscenza dermatologica, pur di commercializzare prodotti di dubbia qualità, nulla efficacia, naturalmente a costi sbalorditivi) che “operano” in centri pseudo-specializzati, quando non semplicemente a domicilio.

È evidente come sia più attraente la razionalizzazione di una causa certa della caduta dei capelli (normalmente l'“effetto soffocante del sebo che non permette ai bulbi di respirare e che farà cadere tutti i capelli nel giro di un mese al massimo” è il ritornello per lo più recitato o prestampato sui “referti”) con conseguente sicurezza dell'intervento terapeutico (lo shampoo unico nel suo effetto - la lozione naturale che fa “respirare” i bulbi), rispetto ad una diagnosi eziologica reale di una alopecia androgenetica e i possibili rimedi terapeutici che la medicina ufficiale propone, pur con tutti i suoi limiti.

Ed è appunto fra le pieghe di questi limiti che si infilano più o meno abilmente coorti di

individui “depositari” delle soluzioni più miracolose.

Sono sempre più frequenti pazienti dermatologici e segnatamente tricologici che si vedono affetti da alopecia o da disturbi cutanei importanti e gravi ma che obiettivamente non ci sono!

Una volta si sarebbe parlato di una “fissazione”.

Questo è il quadro clinico della dismorfofobia, descritto, più di cento anni fa, dallo psichiatra italiano Enrico Morselli (1886).

La dismorfofobia è definita come “ossessione per un difetto immaginario dell'aspetto esteriore”. Gli americani parlano oggi di “Body Dysmorphic Disorder”.

I dismorfofobici sono pazienti di solito intelligenti, istruiti, spesso di classe alta e spesso con alte responsabilità sociali ma che appena parlano di capelli allargano gli occhi, fissano la pupilla, perdono di raziocinio e razionalità e sembrano persone diverse.

La dismorfofobia è da considerare una depressione schizoide, con problemi di parcellizzazione del corpo. La comparsa del disturbo avviene generalmente durante l'adolescenza ma la patologia può diventare cronica e riscontrarsi anche in età avanzata.

La cultura attuale sta facendo crescere questa patologia, da problema di pochi a malattia di moltissimi, esasperata dalle immagini diffuse dai media, con le quali i giovani sono inevitabilmente costretti a confrontarsi con il risultato, pressoché scontato, di risultare perdenti.

La preoccupazione di questo “difetto” comporta una significativa tensione emotiva, senso di disperazione, isolamento sociale e mancata vita di relazione.

I pazienti pensano sempre e solo al loro problema, sviluppano comportamenti ritualistici ripetitivi e ossessivi, come il guardarsi allo specchio, l'acconciarsi in modo eccessivo e il

porre frequenti domande per ottenere rassicurazioni dalla famiglia, dagli amici e dai medici. All'anamnesi si possono spesso riscontrare l'isolamento sociale e mancata vita di relazione: una famiglia ossessiva ed amici stressanti.

Il disturbo psichico più frequentemente associato alla dismorfofobia è la depressione, che si sviluppa però nella maggior parte dei pazienti in seguito alla comparsa della dismorfofobia e la depressione, è spesso di per sé causa di un Effluvio Cronico che mantiene ed aggrava lo stato depressivo.

La consapevolezza del vero problema è variabile ... può essere di grado elevato, inesistente o diversa nel tempo.

La non-malattia dermatologica "dismorfofobia" comprende spesso anche disturbi sensitivi, sempre soggettivi, come dolore, bruciore o prurito nella sede corporea "affetta" sempre in assenza di patologia cutanea. Si arriva a situazioni di vero delirio... situazioni da considerare come:

psicosi schizoidi ipocondriache monosintomatiche.

Il trattamento dei pazienti con dismorfofobia è sempre difficile, lungo e anche delicato per il comportamento spesso irascibile, talvolta aggressivo e talora... suicida... ed il suicidio o il tentato suicidio in questi pazienti è una emergenza sociale, una epidemia silenziosa.

Questi soggetti richiedono una costante rassicurazione, telefonano frequentemente, prenotano visite da tutti gli specialisti di cui sono sempre insoddisfatti.

Per il medico non preparato a questo, i dismorfofobici possono essere causa di forte disagio, ad esempio quando il paziente dice di essere calvo e magari ha più capelli del medico, che, a sua volta, non è calvo. Queste situazioni spesso inducono il medico ad errori terapeutici anche gravi, come l'eccesso di terapia o la sottovalutazione del paziente.

Che fare allora di fronte ad un paziente che si definisce calvo ma non lo è, che magari già visitato da un collega, sta assumendo finasteride, usando minoxidil e facendo già tutte le terapie possibili ed anche quelle improbabili? Le terapie psicologiche e comportamentali si sono dimostrate deludenti! Anche perché questi pazienti le rifiutano perché certi di non averne alcun bisogno. Si ritiene che la terapia di scelta consista nel somministrare a lungo termine un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina ad un dosaggio maggiore rispetto a quello usato per il trattamento della depressione. Questi pazienti però quasi sempre rifiutano anche una terapia farmacologica e così occorrerà trovare il modo di farla accettare a dosaggi di compromesso, talvolta anche molto ridotti; a questi la grande maggioranza presenterà una risposta parziale con diminuzione dell'ansia, della depressione, dell'ossessione e dei comportamenti ritualistici. A questo punto, comunemente i pazienti sono però disposti ad adeguare la terapia a dosaggi più idonei.

Per fare accettare a questi pazienti una sia pur blanda iniziale terapia farmacologica occorrerà spesso ricorrere anche ad una piccola "astuzia" psicologica: dopo l'esposizione da parte del paziente, il medico non deve mai negare l'esistenza del suo problema ma deve mandare messaggi verbali e non verbali di accettazione e condivisione. Negare il problema non porterebbe ad un dialogo ma farebbe fuggire il paziente senza risolvere la sua ossessione e lo indurrebbe a cercare inutilmente un altro specialista. In sostanza il medico deve ragione al paziente, però una ragione con riserva, del tipo: "è vero che lei perde i capelli, ma ..." e qui in base alla personalità del paziente si verbalizzano considerazioni collaterali, come: "vediamo di cercare insieme una soluzione... non deve però essere così ansioso perché l'ansia porta a perdere ancora

più capelli, e deve essere curata”... così il problema si sposta su un piano diverso e il farmaco diventa necessario contro la caduta dei capelli.

In questa sorta di partita a scacchi è indispensabile sempre fare la prima mossa dando ragione al paziente.

Bibliografia

Alberti L., Dinetto A.: Manuale di addestramento affermativo Bulzoni editore, Roma, 1988

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Cotterili JA.: Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clinics* 1996; 14:457-463.

Cotterili JA.: Dermatologic non disease. *Dermatol Clinics* 1996; 14: 439 - 445.

Gherardelli, F.: Sulle ali del panico: come superare rapidamente il panico, le fobie e le ossessioni. Aurelia, Treviso. (2009)

Gupto MA, Gupta AK.: Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:1030-1046.

Lyddon, W.J., Jones, J.V. (2002) L'approccio evidence-based in psicoterapia. McGraw-Hill, Milano.

Marks, I.M. (1969) Fears and Phobias. Academic Press, New York

Tricotillomania

Andrea Marliani

Firenze

La tricotillomania è una comune dermatite artefatta. È una forma di alopecia da trazione non cicatriziale legata all'impulso di strapparsi i capelli. A torto è considerata una patologia poco comune. L'alopecia da tricotillomania può essere indefinita o nettamente demarcata, con peli assenti, fusti spezzati e peli che ricrescono di diverse lunghezze. Il danno estetico è variabile. Più frequentemente coinvolta è la regione frontotemporale e parietotemporale nei bambini, ma possono essere interessate anche le ciglia, le sopracciglia e la barba. La tricocriptomania rappresenta una variante in cui l'alopecia è dovuta allo sfregamento ed alla rottura dei peli più che allo strappamento. Alcuni soggetti masticano e deglutiscono i peli rimossi, evento che può determinare la comparsa di tricobezoari ed ostruzione gastrointestinale, ittero ostruttivo, pancreatite acuta o emorragia gastroenterica. La diagnosi di tricotillomania non sempre è facile. La clinica comunque è di solito dirimente. Si tratta più spesso di bambini ma anche di adulti che, più o meno coscientemente, attorcigliano, tirano e strappano ciocche di capelli con le dita. Si osserva con più frequenza in chiazze di forma irregolare e bizzarra nelle quali i capelli sono assenti o spezzati, come barba ispida. Se si asportano i capelli presenti nelle chiazze alopeciche e si osservano al microscopio o anche con una semplice lente, si potrà facilmente notare che sono tutti anagen. Nei casi di diagnosi dubbia si potrà radere una piccola area di cuoio capelluto interessato dalla pseudo-alopecia: osservando la normale ricrescita dei capelli, avremo la certezza diagnostica. La diagnosi differenziale comprende, tra le altre, l'alopecia areata, l'alopecia androgenetica, la tinea capitis, l'ipotiroidismo

e la sifilide secondaria ma queste forme dovrebbero essere facilmente escluse grazie ad una attenta osservazione ed ad una buona anamnesi. Più di un terzo dei pazienti nega che l'alopecia sia autoindotta. La diagnosi spesso viene posta grazie al tipico quadro di alopecia ma, per fornire dati obiettivi, può essere anche richiesta una biopsia del cuoio capelluto. Alterazioni istologiche caratteristiche si osservano con maggiore probabilità in campioni bioptici di 4 o 5 mm prelevati da un'area alopecica datante non più di 8 settimane. Sezioni istologiche tipiche mostrano peli in catagen, raccolte di pigmento e osti follicolari dilatati e zaffati di cheratina. La presenza di bulbi piliferi traumatizzati è diagnostica ma questo reperto non è di frequente riscontro. Si osserva inoltre un'assenza significativa di flogosi attorno al bulbo pilifero, a differenza dell'alopecia areata che è caratterizzata dalla presenza di bulbi infiammati e peli atrofici in anagen. La tricotillomania è attualmente classificata come un "disturbo del controllo degli impulsi". Un senso di aumentata tensione prima dello strappamento dei peli, la sensazione di gratificazione e la diminuzione della tensione in seguito a tale atto sono componenti diagnostiche che spesso però non si riscontrano, soprattutto nei bambini. Non è chiara la causa di questa affezione che in genere è cronica, resistente alla terapia e soggetta a recidive. I bambini tendono a strapparsi i capelli durante la lettura, lo studio o il riposo a letto. Questo atteggiamento dovrebbe essere differenziato da altri disturbi del comportamento come la suzione del pollice o la morsicatura delle unghie, che sono patologie di solito benigne e autolimitanti. Sia nei bambini sia negli adulti è stata descritta un'associazione significativa tra ansia, disturbi comportamentali e tricotillomania. Con minore frequenza si riscontrano contemporaneamente disturbi dell'alimentazione,

abuso di sostanze, disturbi della personalità, intelligenza subnormale, schizofrenia o un disturbo dissociativo. Si è ipotizzato che lo strappamento cronico dei peli rappresenti una variante di disturbo ossessivo-compulsivo, tuttavia un disturbo ossessivo-compulsivo compare più frequentemente nel sesso maschile e le due affezioni presentano caratteristiche differenti alla tomografia ad emissione di positroni (PET). Nei preadolescenti i problemi emozionali tendono a essere meno gravi e più spesso associati a rapporti conflittuali genitore-figlio od ad eventi carichi di tensione come la nascita di un fratellino o la perdita di una persona cara. La terapia si baserà sulla "parola del medico", sul colloquio con il paziente, sull'uso di ansiolitici e antidepressivi (di solito benzodiazepine e triciclici), dovrà essere personalizzata e talvolta affidata alla competenza del medico-psichiatra. Il trattamento della tricotillomania si è avvalso di terapie comportamentali, ipnosi, psicanalisi, psicoterapia intensiva, antipsicotici e antidepressivi. Uno studio di 10 settimane in doppio cieco ha rilevato che la clomipramina (un bloccante parzialmente selettivo della ricaptazione della serotonina) risulta più efficace della desipramina (un bloccante della ricaptazione della noradrenalina) nel migliorare i sintomi probabilmente per via delle sue proprietà antiosessive. Uno studio successivo, tuttavia, ha mostrato che i pazienti in trattamento a lungo termine con clomipramina possono recidivare.

Bibliografia

Braun-Falco O. ed Al : "Dermatologia" Ed Italiana, Springer, Milano, 2002, 1004 - 1006.

Panconesi E: "Manuale di Dermatologia" USES, Firenze, 1981, 265.

Da: Introduzione alla Dermatologia

Psicosomatica

Un caso di...

Roberto Bassi

Venezia

In un caso seguito personalmente (risoltosi in tempi brevi) un bambino di quattro anni già da qualche mese presenta una rarefazione dei capelli localizzata, che induce i genitori a ipotizzare una malattia del cuoio capelluto. I genitori sono persone di buona intelligenza, benestanti: al piccolo nulla manca, all'infuori della presenza dei genitori, entrambi occupati nella conduzione di un ristorante.

La tricotillomania, di primo acchito, appare una manifestazione di protesta, analoga all'enuresi notturna di cui il Piccolo ha sofferto per alcuni periodi.

L'interpretazione che della tricotillomania dà Soavi è suggestiva. Egli ritiene che i capelli possano costituire in alcuni soggetti un oggetto transizionale. Winnicott ha definito «oggetto transizionale» * quel lembo di tessuto (la coperta, il lenzuolo, il tovagliolo) che spesso i bimbi tengono stretti a sé e senza i quali non riescono ad addormentarsi.

** L'oggetto transizionale è stato reso celebre dai fumetti di Charles M. Schulz, i notissimi Peanuts. In questi il piccolo Linus rifiuta di lasciare anche per un solo istante la propria vecchia coperta, ed è oggetto delle pesanti ironie dei compagni.*

L'oggetto transizionale si colloca « tra il pollice e l'orso di peluche »; non è ancora il futuro giocattolo, ma è il primo « possesso di qualche cosa che non è l'IO ».

Il ricorso ad oggetti di questo tipo, secondo

Winnicott, è un fenomeno normale che consente al bambino di effettuare la transizione tra la prima relazione orale con la madre e la vera relazione oggettuale.

Spesso il bambino nutre sentimenti ambivalenti verso l'oggetto transizionale e scarica su di esso non solo l'amore, ma anche le proprie pulsioni aggressive. Nello strapparsi i capelli il bimbo può all'inizio sfogare la propria aggressività anche se ciò gli provoca dolore.

Se il bambino di fronte a particolari situazioni tenderà ad investire di connotati piacevoli anche le sofferenze che gli provengono dalla madre, ecco che l'oggetto transizionale autoerotico (in questo caso la ciocca di capelli) potrà divenire oggetto masochistico.

La tricotillomania può quindi rappresentare, secondo Soavi, un tentativo di riprodurre una relazione masochistica con la madre. Vale la pena di riferire il caso descritto da P.F. Durham Seitz, (cit. da Montagu).

Una bimba, cresciuta bene senza problemi particolari, viene svezzata verso l'anno.

A 18 mesi le si impone di tenersi pulita, e di chiedere il vasino al momento opportuno: la richiesta è perentoria, e non mancano le punizioni e qualche sculaccione. La piccola reagisce rifiutando i cibi solidi e l'uso della tazza.

La mamma, preoccupata, ridà la tettarella alla piccola. Mentre succhia dal biberon che tiene con la mano sinistra, con la destra si strappa i capelli e se li passa più volte sotto il naso. La piccola, tenuta in osservazione, mostra che lo stimolo a strappare i capelli esiste solo durante il pasto, mai in altri momenti della giornata.

Un'indagine rivela che la madre, che ha allattato regolarmente la figlia al seno ha un notevole irsutismo dei capezzoli, per cui il labbro superiore e il naso della bimba erano stimolati dai peli durante la suzione.

Un primo intervento, consistente nell'applica-

re un anello peloso alla tettarella fa cessare immediatamente la tricotillomania!

Seitz si chiede a ragione quali altri comportamenti nevrotici o malattie psicosomatiche possano insorgere in seguito a un condizionamento qual'è quello descritto. Potrà insorgere una dermatite del naso? O una semplice abitudine a mettere le dita nel naso? O una rinite allergica?

L'esame della letteratura dimostra che nella tricotillomania le situazioni psicopatologiche che determinano la sintomatologia sono molto diverse da caso a caso.

Ancora una volta non vi sono malattie, ma malati.



LINEA TRICOLOGICA SAME

Per una risposta mirata contro la caduta dei capelli

Lozione same urto

se i capelli sono
la tua professione
non rischiare ...

055 8071172



c'è solo ONEIDA

LINEA TRICOLOGICA SAME

Per una risposta mirata contro la caduta dei capelli



Laboratori Farmaceutici
Savoma Medicinali S.p.A. - Parma
Divisione Dermo-Cosmesi

Società Italiana di tricologia
<http://www.sitri.it>

Edizioni
Tricoitalia

