

Gioia Bottesi, Silvia Cerea e Marta Ghisi

# TRICOTILLOMANIA

Diagnosi, assessment e trattamento  
cognitivo-comportamentale integrato



Erickson

La tricotillomania, che consiste nello strapparsi in maniera ripetitiva capelli e/o peli, è un disturbo ancora poco conosciuto, nonostante sia più diffuso di quanto si possa immaginare. Da qui l'esigenza di dotare pazienti e addetti ai lavori di uno strumento che fornisca le informazioni rilevanti e necessarie per riconoscere, valutare e gestire nel modo più efficace possibile una patologia che causa notevole sofferenza e limitazioni.

L'intervento proposto in questo volume, basato sul trattamento cognitivo-comportamentale integrato, interpreta alcuni canoni del protocollo standard in maniera flessibile e ragionata, adattandoli di volta in volta all'individualità della persona a cui verrà proposto.

Nella prima parte teorica vengono descritti i sintomi e le principali caratteristiche e manifestazioni del disturbo, mentre la seconda parte presenta i principi generali e le linee guida per il clinico, che potrà avvalersi di schede di lavoro da consegnare al paziente, già predisposte per l'utilizzo nel corso del trattamento.

- Classificazioni, criteri diagnostici e caratteristiche fenomenologiche della tricotillomania
- Gli stili di strappo
- Conseguenze fisiche e psicologiche
- Modelli psicologici di riferimento
- *Assessment*
- *Italian Hair Pulling Questionnaire*
- Valutazioni osservative e automonitoraggio (schede e diari)
- Il trattamento cognitivo-comportamentale integrato
- Strategie ambientali, sensoriali, motorie, cognitive ed emozionali
- Valutazione del trattamento e prevenzione delle ricadute



QUADERNI DI  
**PSICOTERAPIA COGNITIVA  
E COMPORTAMENTALE**  
diretti da Ezio Sanavio

I Quaderni di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale presentano i principali contributi di ricerca nazionali e internazionali e i più aggiornati strumenti clinici e operativi per l'assessment e il trattamento.

ISBN 978-88-590-1772-1



9

€ 21,00

# INDICE

7	PREMESSA
9	CAPITOLO PRIMO La tricotillomania: caratteristiche generali
21	CAPITOLO SECONDO Modelli psicologici di riferimento
31	CAPITOLO TERZO Assessment
49	CAPITOLO QUARTO Trattamento cognitivo-comportamentale integrato
89	BIBLIOGRAFIA
97	APPENDICE Italian Hair Pulling Questionnaire

# Premessa

Questo libro è pensato per gli psicoterapeuti e i loro pazienti che presentano il disturbo chiamato «tricotillomania». La tricotillomania consiste nello strappare in maniera ripetitiva i propri capelli e/o peli; è più diffusa di quanto si possa pensare e causa notevole sofferenza e limitazioni nelle persone che la presentano. La tricotillomania è poco conosciuta non solo dalla gente comune, ma anche dai professionisti. Pertanto, questo libro nasce con l'intento di aiutare i colleghi, dando loro informazioni rilevanti e necessarie per riconoscere, valutare e gestire nel modo più efficace possibile questo disturbo negli adulti. Infatti, per quanto alcune delle tecniche di valutazione e trattamento qui proposte siano, di fatto, estendibili anche ai pazienti più piccoli, la gestione della tricotillomania in ambito evolutivo merita di essere affrontata da specialisti che abbiano specifiche e approfondite competenze relativamente alla psicopatologia e all'intervento psicologico in età evolutiva. Pertanto, questo libro non si focalizzerà in maniera specifica sul trattamento di questo disturbo nei bambini.

L'intervento che verrà descritto in questo volume è il trattamento cognitivo-comportamentale integrato (*Comprehensive Behavioral Model for Trichotillomania, ComB/TTM*) formulato da Mansueto e colleghi (1997; 1999). Leggendo questo libro, si potrebbe avere l'impressione che questo costituisca un protocollo di trattamento *standard*: è tuttavia doveroso sottolineare come tale trattamento, sebbene strutturato, vada implementato in maniera flessibile e ragionata, individualizzando il più possibile alla luce del funzionamento specifico della persona a cui verrà proposto. Sarà il clinico a valutare se, e in che termini, integrazioni o alternative terapeutiche (ad esempio, il ricorso a interventi psicodinamici brevi, interventi rivolti alla famiglia) possano essere utilmente proposte al proprio paziente. È opportuno evidenziare come, allo stato attuale, non sia possibile affermare in via definitiva quali siano i trattamenti psicologici *evidence-based* per la tricotillomania; gli studi di efficacia presenti in letteratura sono infatti pochi. L'indicazione più certa al riguardo è che l'integrazione di tecniche cognitive e comportamentali rappresenti l'approccio più adeguato e più efficace (Falkenstein et al., 2016; Slikboer et al., 2017; Snorrason, Berlin e Lee, 2015).

Oltre al trattamento cognitivo-comportamentale integrato, la letteratura recente documenta anche la potenziale utilità di due interventi cognitivo-com-

portamentali di terza generazione, quali l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), nella gestione della tricotillomania (Keuthen e Usmani, 2016; Rehm, Moulding e Nedeljkovic, 2015; Snorrason, Berlin e Lee 2015).

A tal proposito, sottolineiamo come la stesura di linee guida internazionali sia un processo ancora in corso; informazioni aggiornate al riguardo sono reperibili sul sito web della *TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors* ([www.bfrb.org](http://www.bfrb.org)), organizzazione americana senza fini di lucro nata nei primi anni Novanta con l'obiettivo di aiutare tutte le persone con tricotillomania e/o altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo e che svolge incessantemente attività di ricerca col fine ultimo di identificare e promuovere trattamenti psicologici efficaci per queste condizioni.

Il libro contiene una prima parte teorica, che descrive i sintomi e le principali caratteristiche e manifestazioni del disturbo (capitolo 1), oltre che i più accreditati modelli eziologici, in cui vengono spiegate le principali cause della tricotillomania (capitolo 2). La seconda parte, invece, offre indicazioni pratiche relativamente all'*assessment* psicodiagnostico e al trattamento cognitivo-comportamentale integrato. In particolare, lo psicoterapeuta troverà:

- principi generali/linee-guida per il clinico;
- schede di lavoro, di cui il clinico può avvalersi nel corso del trattamento, da consegnare al paziente.

Pertanto, in relazione a specifici aspetti di *assessment* (capitolo 3) e trattamento (capitolo 4) sono disponibili i seguenti materiali: schede e diari stampabili da consegnare al paziente; schede e diari già compilati da pazienti con tricotillomania, inclusi a titolo esemplificativo; rationale inerente a ciascuna fase del trattamento da consegnare al paziente.

Ci auguriamo che questo manuale possa rappresentare un utile strumento per tutti i colleghi che si accingono a trattare questo disturbo, e che costituisca una guida da seguire soprattutto nel corso delle prime esperienze di intervento con i pazienti con tricotillomania. Buon lavoro!

# La tricotillomania: caratteristiche generali

## Classificazione e criteri diagnostici

La tricotillomania (dal greco *tricos* = capello, *tillein* = strappare, *mania* = pazzia) è un disturbo sottodiagnosticato e non riconosciuto (Diefenbach, Reitman e Williamson, 2000; Franklin et al., 2008; Woods et al., 2006), soprattutto in ambito italiano. Si caratterizza per lo strappo ripetitivo di capelli e/o peli ed è attualmente classificato all'interno della categoria diagnostica denominata «Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbi Correlati» nella quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013).

I criteri diagnostici necessari per una diagnosi di tricotillomania (si veda il riquadro sottostante) richiedono che l'individuo strappi in modo cronico e ripetitivo capelli e/o peli, con conseguente perdita degli stessi (criterio A), e tenti ripetutamente di diminuire o interrompere il comportamento di strappo (criterio B). Inoltre, è necessario che lo strappo comporti disagio clinicamente significativo e compromissione sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento della persona (criterio C), e che non sia causato da una condizione medica generale (criterio D) o da altri disturbi mentali (criterio E) (APA, 2013).

A. Strappo ricorrente di capelli e/o peli, con conseguente perdita degli stessi.
B. Tentativi ripetuti di diminuire o interrompere il comportamento di strappo.
C. Lo strappo di capelli e/o peli causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
D. Lo strappo o la perdita di capelli e/o peli non sono attribuibili a un'altra condizione medica (ad esempio, una condizione dermatologica).
E. Lo strappo di capelli e/o peli non è meglio spiegato dai sintomi di un altro disturbo mentale (ad esempio, tentativi di migliorare un difetto percepito nell'aspetto fisico nel disturbo di dismorfismo corporeo).

## Caratteristiche fenomenologiche

Chi manifesta la tricotillomania riferisce la presenza di comportamenti ripetitivi di strappo di capelli e/o peli. Generalmente, a causa dello strappo, la persona presenta aree prive di capelli e/o peli; le aree interessate si trovano, in modo particolare, sul lato opposto rispetto alla mano dominante: pertanto, se una persona è destrimane, la mancanza di capelli e/o peli sarà concentrata prevalentemente in aree disposte sul lato sinistro del corpo poiché la persona tende a strappare con la mano contro-dominante (Khouzam, Battista e Byers, 2002). Lo strappo può interessare qualsiasi regione del corpo in cui crescono capelli e/o peli, ma i siti più comuni in cui si verifica sono il cuoio capelluto, le sopracciglia e le ciglia (APA, 2013; Stein e Christenson, 1999; Woods et al., 2006); nei maschi, lo strappo può riguardare anche i peli dei baffi e della barba.

La regione frontoparietale è una tra le zone più colpite della testa; i capelli possono essere rimossi interamente, oppure attorcigliati o spezzati a differenti distanze dal cuoio capelluto, il quale generalmente non presenta escoriazioni anche se a volte può mostrare lesioni da «colpi d'unghia». Alla vista, i capelli appaiono di lunghezze diverse, rovinati, deboli e sottili sulle punte; al tatto, invece, passando sopra la zona in cui avviene lo strappo, la sensazione avvertita è paragonabile a quella di una mano che accarezza la barba.

Spesso, le aree dello strappo coinvolgono più siti: si possono infatti riscontrare aree glabre sia sul tronco sia sugli arti, l'assenza di ciglia e sopracciglia e la rarefazione dei peli pubici; il numero dei siti in cui avviene lo strappo tende a crescere nel corso del tempo (Flessner et al., 2008). Sono inoltre frequenti anche aree di alopecia autoindotta completa o una calvizie quasi totale, fatta eccezione per un ridotto perimetro intorno al margine esterno del cuoio capelluto, soprattutto alla base posteriore del collo («tricotillomania a tonsura»). È raro che lo strappo si verifichi in presenza di altre persone, se non dei parenti stretti. Di solito, le persone con tricotillomania tendono a negare di strapparsi i capelli e/o i peli, e cercano di camuffare l'alopecia autoindotta con particolari pettinature, cappelli o foulard; tuttavia, in alcuni casi è possibile che le persone comunichino il proprio impulso di strappare capelli e/o peli anche ad altri (generalmente appartenenti alla cerchia familiare). Inoltre, chi presenta tricotillomania può strappare peli anche da animali domestici, bambole o materiali fibrosi, da maglioni o tappeti.

Solitamente, le persone con tricotillomania riferiscono di non provare dolore durante lo strappo; possono invece avvertire prurito o formicolio nelle zone soggette allo strappo, sensazioni che il più delle volte inducono il comportamento. I capelli e/o i peli possono essere strappati a ciocche oppure uno a uno

(Christenson, Pyle e Mitchell, 1991); lo strappo può avvenire sia nel corso di brevi e frequenti episodi durante la giornata, sia in episodi più rari ma prolungati, che possono durare ore (Swedo e Rapoport, 1991), e può verificarsi sia in stati di rilassamento e distrazione, sia durante situazioni stressanti (APA, 2013). Gli individui con tricotillomania spesso preferiscono strappare «particolari tipi di capelli e/o peli» in base a caratteristiche come, ad esempio, lunghezza, colore e ruvidità al tatto (Christenson, Mackenzie e Mitchell, 1991), e alcuni li strappano in maniera ritualistica, ovvero seguendo particolari regole soggettive (Swedo e Rapoport, 1991).

Relativamente alla modalità di strappo, Mansueto (1990) ha riportato che, tendenzialmente, il toccare i capelli e il giocarvi attorcigliandoli può precedere lo strappo, il quale di solito viene effettuato con le dita o con le pinzette (Christenson, Mackenzie e Mitchell, 1991). Dopo lo strappo, inoltre, è di frequente riscontro che le persone mettano in atto dei comportamenti piacevoli, come esaminare le radici dei capelli e/o peli, giocare con i capelli e/o peli, accarezzarli, strofinarli tra le labbra, portarli tra i denti, morderli o ingerirli (tricofagia); nei casi più gravi, la tricofagia può determinare la formazione di tricobezoari, ovvero masse tonde di capelli e/o peli a livello intestinale (Christenson, Mackenzie e Mitchell, 1991). La presenza di comportamenti orali potrebbe essere correlata alla gravità della tricotillomania. Circa un terzo dei pazienti riferisce di masticare i capelli e/o i peli e, tra questi, il 18% dichiara di ingerirli (Christenson, Mackenzie e Mitchell, 1991; Schlosser et al., 1994); chi manifesta comportamenti orali tende a strappare da più siti del corpo e a soffrire più frequentemente di onicofagia.

### *Gli stili di strappo*

Al di là della vasta eterogeneità negli aspetti fenomenologici e comportamentali che caratterizzano la tricotillomania (Damodaran, Jayalekshmi e Khanna, 1995; Ninan et al., 1998), ricerca e pratica clinica concordano nell'individuare due principali sottotipi: focalizzata (*focused-pulling*) e automatica (*automatic-habitual pulling*) (Christenson, Ristvedt e Mackenzie, 1993).

Lo stile di strappo *focalizzato* è uno stile di strappo intenzionale, che presenta affinità fenomenologiche con i rituali del disturbo ossessivo-compulsivo: la persona ricerca consapevolmente e intenzionalmente capelli e/o peli da strappare, mettendo in atto il comportamento in modo consapevole e in risposta a eventi o stati affettivi negativi, come ad esempio ansia, stress, frustrazione, tristezza, o necessità di simmetria (ad esempio, in risposta al bisogno di rimuovere i capelli e/o peli che sembrano diversi dagli altri). In tal senso, dunque, lo strappo



viene adottato alla stregua di una strategia di autoregolazione emozionale disfunzionale, che consente all'individuo di distrarsi da pensieri o sentimenti indesiderati o di ridurne l'intensità (agendo dunque da rinforzo negativo). Si stima che circa il 15% dei pazienti con tricotillomania, infatti, metta in atto il comportamento di strappo come strategia disfunzionale per far fronte a emozioni spiacevoli (Conelea et al., 2012; Flessner et al., 2008). Nei casi di *focused-pulling* è generalmente presente un aumento di tensione che precede lo strappo o mentre si cerca di resistere all'impulso di strappare, e una sensazione di sollievo quando lo strappo è avvenuto (Christenson, Mackenzie e Mitchell, 1991; Flessner et al., 2008).

Il sottotipo *automatico*, invece, si caratterizza per l'assenza di consapevolezza durante il comportamento di strappo di capelli e/o peli: tipicamente, la persona non riconosce il comportamento di strappo mentre questo è in corso, rendendosi conto solo quando l'atto è stato completato (ritrovandosi i capelli e/o i peli in mano), e per questo motivo talvolta la persona descrive di essersi sentita, in questi episodi, in uno stato di trance o dissociazione. In questi casi, la persona non sperimenta né l'impulso a strappare né sensazioni prodromiche precedenti lo strappo. Generalmente, si verifica quando l'individuo è impegnato in attività come guidare, leggere, scrivere o guardare la televisione; l'*automatic-habitual pulling* rappresenta lo stile predominante quando le persone sono annoiate o stanno svolgendo, appunto, attività sedentarie (Christenson e Crow, 1996; Minichiello et al., 1994). Il fatto che circa la metà delle persone che strappano in maniera cronica i capelli e/o peli utilizzino la propria mano contro-dominante, potendo quindi utilizzare quella dominante per compiere altre attività principali, supporta ulteriormente l'esistenza di una modalità automatica di strappo (Christenson, Mackenzie e Mitchell, 1991; du Toit et al., 2001). La maggior parte dei pazienti mette in atto entrambi gli stili di strappo, presentando un quadro clinico misto (Christenson e Crow, 1996; Christenson, Mackenzie e Mitchell, 1991; du Toit et al., 2001; Flessner et al., 2008).

---

## ESEMPLIFICAZIONI CLINICHE

### Caso clinico 1

Maria è una giovane donna sudamericana, che vive in Italia da cinque anni con il marito italiano e con i loro tre figli. Si presenta dallo psicoterapeuta in seguito a una serie di ricerche condotte in rete, finalizzate a individuare psicologi specializzati nel trattamento della tricotillomania nella regione in cui vive. Maria soffre del disturbo da vent'anni circa, facendone risalire l'insorgenza attorno ai dodici anni. Ricorda precisamente il primo strappo:

guardandosi allo specchio, aveva notato un capello più arricciato degli altri (ai tempi aveva una chioma molto folta, stile «afro»); la sensazione che provò la infastidì parecchio e, immediatamente dopo, avvertì la necessità di strapparlo. In seguito allo strappo di quel solo capello non è più stata in grado di fermarsi e il comportamento si è rapidamente consolidato nel tempo. A partire da quel momento ricorda un solo periodo, coincidente con l'inizio della relazione con l'attuale marito, in cui l'impulso di strappare se ne era andato; questa fase è durata un anno. Dopo la nascita del primo figlio, Maria ha però ripreso a strappare i capelli e, alla luce delle ampie zone di alopecia autoindotta, ora indossa sempre un foulard che le copre l'intero capo. Questo tentativo di camuffamento le crea disagio soprattutto a livello sociale, poiché molte persone le chiedono perché lo porti e spesso traggono inferenze erronee rispetto alle sue presunte convinzioni religiose o culturali. Questo aspetto influisce negativamente sulla sua autostima, che è ulteriormente indebolita dalla diffidenza manifestatagli da varie persone a causa delle sue origini straniere. Maria, inoltre, evita numerosi contesti e situazioni sociali, attività ludiche e familiari in cui non le sarebbe possibile camuffare l'alopecia autoindotta, poiché dovrebbe togliere il foulard (ad esempio, andare in spiaggia o portare i bambini in piscina).

Maria strappa da sempre quasi esclusivamente capelli nella zona centrale e bilaterale della testa; riferisce saltuari episodi di strappo anche a livello dell'inguine (a partire dai vent'anni). L'aspetto rilevante e maggiormente piacevole è rappresentato dall'estrazione del bulbo e dalla sua analisi. Attua, quando si tratta di capelli, tre principali rituali in seguito allo strappo: ispeziona la radice, se la strofina sulle labbra e, infine, posiziona i capelli su un foglio bianco; il liquido che fuoriesce dal bulbo fa sì che i capelli rimangano attaccati al foglio, il che le dà modo di provare un'ulteriore sensazione piacevole, analoga a quella che prova durante lo strappo, nel momento in cui li rimuove. Per quanto riguarda i peli le capita, dopo lo strappo, di attaccarli allo specchio; anche in questo caso, l'impronta che lasciano sulla superficie rappresenta per lei uno stimolo piacevole. I capelli che ora le ricrescono sono radi, indeboliti, sembrano peluria e sono bianchi; adesso, il colore rappresenta un ennesimo stimolo inducente il comportamento di strappo.

Maria si rende conto che, quando prova ansia o è sotto stress, tende a strappare di più e spesso in maniera intenzionale. Tuttavia, racconta di strappare anche davanti alla TV oppure mentre cucina; in quei casi, di rado è consapevole e talora le capita di accorgersene solo una volta che il comportamento è stato intrapreso.

## **Caso clinico 2**

Giulia è una studentessa universitaria di vent'anni che ha richiesto una consulenza presso un servizio psicologico rivolto agli studenti. Dichiara di strapparsi capelli e peli da quando aveva nove anni; lo scalpò è la zona

maggiormente interessata dal comportamento di strappo, anche se saltuariamente le capita di strapparsi le ciglia. Il primo strappo ha interessato proprio le ciglia; ricorda che aveva la congiuntivite e che le prudevano molto gli occhi: la sensazione di prurito legata a questa condizione ha innescato il suo primo comportamento di strappo. Parallelamente, ha iniziato a strapparsi anche i capelli, sempre di conseguenza a sensazione di prurito. Attualmente, rispetto allo strappo di capelli, la ragazza riferisce di non attuare rituali specifici precedenti il comportamento. I capelli, che strappa ogni giorno, sono generalmente quelli da lei percepiti come i più ruvidi, più corti degli altri, asimmetrici o disuguali/irregolari. Generalmente strappa un capello per volta, sentendo l'esigenza di estrarne la radice; gli episodi si verificano mentre studia, guarda la TV, parla al telefono o è distesa a letto. Quasi sempre si rende conto dell'attuazione del comportamento solo dopo averlo intrapreso, e spesso esamina la radice dei capelli prima di farli cadere sul pavimento. Rispetto alle ciglia, Giulia riferisce di strappare «tutte quelle superiori» solo in particolari periodi dell'anno (durante i cambi di stagione), ma non riesce a individuarne una motivazione precisa. Tale comportamento si innesca nel momento in cui si guarda per lungo tempo allo specchio e si compiace di avere delle belle ciglia lunghe; in questa situazione, l'impulso a strappare sopraggiunge irrefrenabile e Giulia lo vive come un paradosso. Dopo averle strappate con le dita, generalmente ne esamina la radice e poi le mangia. A causa di ciò, se l'episodio si verifica nel periodo estivo, evita il più possibile di andare al mare: infatti, ricorre a un trucco particolare che le permetta di camuffare la perdita delle ciglia; il caldo, assieme all'acqua, rischierebbe di scioglierle il trucco evidenziando il problema. Racconta inoltre che, quando decide di non evitare mare o piscina, evita di fare il bagno o immergersi con la testa perché teme si noti ancor di più la rarefazione dei capelli. Giulia riconosce di strappare i capelli/peli al fine di liberarsi di emozioni spiacevoli (ansia, tensione) e quando deve affrontare situazioni per lei spiacevoli (ad esempio, chiamare i genitori o durante la sessione d'esame). Riferisce inoltre che, quando strappa i capelli/peli, ha la sensazione di perdere il controllo.

---

## Epidemiologia

Il DSM-5 riporta che il disturbo colpisce circa l'1-2% della popolazione (APA, 2013). Tuttavia, i dati relativi alla prevalenza della tricotillomania sono contrastanti: gli studi al riguardo riportano un tasso di prevalenza che oscilla tra lo 0,6% e il 15% in base all'adozione di criteri diagnostici basati sulla precedente versione del DSM (DSM-IV-TR; APA, 2000), applicati in maniera più o meno restrittiva (ad esempio, Christenson, Pyle e Mitchell, 1991; Duke et al., 2009; 2010; Graber e Arndt, 1993; Mansueto, McCombs-Thomas e Brice, 2007; Rothbaum

## **INTRODUZIONE ALL'AUTOMONITORAGGIO: COME AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL COMPORTAMENTO DI STRAPPO**

In alcune occasioni, può essere capitato di strappare capelli e/o peli senza rendersene conto (modalità di strappo automatico). Al contrario, in altre situazioni potrà essere successo di strappare capelli e/o peli in modo intenzionale; in altre parole, l'attenzione era focalizzata sull'atto di strappare (modalità di strappo focalizzato).

È importante essere in grado di monitorare il proprio comportamento di strappo, perché questo aiuterà a creare un trattamento adeguato modellato sulla base delle caratteristiche dello strappo.

Utilizzare in maniera specifica la tecnica dell'automonitoraggio potrà essere d'aiuto. L'automonitoraggio, infatti:

- aumenta l'attenzione rivolta al comportamento di strappo;
- aiuta a capire quali sono i luoghi e le situazioni in cui si strappa più frequentemente;
- permette di controllare il comportamento di strappo perché ogni volta che viene voglia di strappare o mentre si strappa e ce ne si accorge, ci si deve fermare e descrivere l'episodio di strappo.

Per imparare a usare questa tecnica abbiamo preparato un diario di automonitoraggio in cui riportare le caratteristiche più importanti del comportamento di strappo. Ciò aiuterà a capire qual è lo stile abituale di strappo (cioè, in quali situazioni e luoghi si strappa di solito).



**ESEMPIO: COMPILAZIONE DEL DIARIO DI AUTOMONITORAGGIO DEL COMPORTAMENTO DI STRAPPO**  
(donna con comportamenti di strappo a carico di testa e pube)

Data	Luogo	Attività (cosa stavi facendo)	Forza dell'impulso (0-10)	Grado di consapevolezza (0-10)	Sede degli strappi	Forza dei tentativi di resistere di resistere (0-10)	Numero di capelli e/o peli strappati	Livello di disagio (0 = per nulla – 100 = completamente)
18/01/17	Sul divano di casa	Controllavo la posta elettronica	5	9	Testa	8	100	80
19/01/17	Bagno di casa	Davanti allo specchio	9	10	Testa	0	71	20
19/01/17	Camera da letto	Facevo addormentare i miei figli	9	10	Testa	0	87	80
20/01/17	Bagno	Ero appena uscita dalla doccia	10	10	Pube	0	27	60
20/01/17	A letto	Leggevo un libro	9	10	Testa	1	15	60
21/01/17	Sul divano di casa	Ero seduta con i miei figli	10	10	Testa	0	90	100
21/01/17	In cucina a casa mia	Pensavo a cosa cucinare	9	10	Testa	0	50	100
21/01/17	In salotto	Stadiavo	10	10	Testa	0	60	100