

## L'altra volta abbiamo parlato di:

### **LIOTTI**

- Sistemi motivazionali interpersonali (SMI): attaccamento, accudimento, agonistico, sessuale e paritetico-cooperativo.
- Il pattern di attaccamento insicuro può venire modificato attraverso un'esperienza emotiva diretta e una "manovra di decentramento" del paziente

### **SAFRAN e SEGAL**

- Ciclo cognitivo-interpersonale: circolo causale ininterrotto attraverso cui aspettative maladattive e comportamenti disfunzionali si mantengono a vicenda.
- Modalità di intervento: confutazione empirica, decentramento, modello di ruolo

## **LA RELAZIONE TERAPEUTICA: DA EVENTO INTERPERSONALE A STRUTTURA INTERNA DI SIGNIFICATO**

- Attenzione ai movimenti intrapsichici che si affiancano allo sviluppo della relazione terapeutica.
- Partendo da questa idea e senza tralasciare la tematica emozionale, alcuni autori hanno messo in luce il lato intrapsichico soggettivo della dimensione relazionale.

## SIONINI

- Fasi nell'evoluzione del rapporto terapeutico:
  - 1 il paziente costruisce il terapeuta come persona in grado di comprenderlo;
  - 2 il paziente costruisce il terapeuta come persona affidabile, in grado di aiutarlo;
  - 3 **internalizzazione del terapeuta**: il paziente utilizza alcuni di schemi di esplorazione e di conoscenza proposti dal terapeuta stesso;
  - 4 il paziente costruisce il terapeuta quale figura di attaccamento, secondo i suoi abituali schemi disfunzionali.
  - 5 il paziente costruisce il terapeuta come persona reale emotivamente significativa, superando l'idealizzazione del terapeuta.

## SEMERARI

- Obiettivo del lavoro clinico: creare dei presupposti che permettano al paziente di internalizzare sia la figura del terapeuta che la relazione stessa, come una nuova struttura di significato.
- Fasi del lavoro clinico:
  - 1 test al terapeuta,
  - 2 costruzione del terapeuta quale validatore/invalidatore autorevole,
  - 3 formazione di una neostruttura di significato.

## TEST DI SICUREZZA E DI AUTOREVOLEZZA

- **Weiss e Sampson (1986):** il paziente sottopone il terapeuta a dei test di condizioni di sicurezza che, se positivamente superati, creano le condizioni per l'emergenza di contenuti inconsci.
- **Semerari (1991):** il paziente sottopone il terapeuta anche a dei test di autorevolezza.
- I test di condizioni di sicurezza e di autorevolezza sono intrinsecamente connessi ma possono costituirsi in modo oppositivo.
  - Esempio: il fatto d'essere accettato dal terapeuta (test di condizioni di sicurezza superato) significa che questi è un soggetto poco significativo e autorevole, dal momento che accetta così incondizionatamente persone di poco valore, quale il paziente si sente, (test di autorevolezza non superato).

## NEOSTRUTTURA TERAPEUTICA DI SIGNIFICATO

- La relazione terapeutica dà vita ad una neostruttura terapeutica di significato (NTS), sovraordinata rispetto ai soliti schemi con cui l'individuo costruisce la realtà, in grado di fornire una lettura critica ed una modificazione di tali schemi.
- Con la formazione della NTS, la relazione diventa una struttura interna, risultato di un'elaborazione personale del paziente, il quale affianca alle precedenti modalità conoscitive quelle nuove rappresentate dal clinico.
- NTS si rappresenta inizialmente attraverso l'immagine del terapeuta e, quindi, le sue interpretazioni vengono vissute dal paziente non come proprie, ma come derivanti dal terapeuta stesso.
- Le interpretazioni, frutto della NTS ed attribuite al terapeuta, sono il risultato di un processo di elaborazione operato dal paziente non sono repliche esatte di ciò che il terapeuta ha effettivamente detto in seduta.

## LIVELLO DI ELABORAZIONE DELLA NEOSTRUTTURA

- Il livello di elaborazione ottimale è, allora, quello in cui i processi di assimilazione e accomodamento si equilibrano.
- **Caratteristiche del paziente:**
  - livello di elaborazione basso porta alla formazione di un'immagine del terapeuta troppo vicina all'immagine reale
  - livello troppo alto di creatività porta ad un'immagine del terapeuta troppo distante, e spesso distorta, rispetto al terapeuta reale.
- **Caratteristiche del terapeuta:**
  - terapeuta troppo silenzioso ed "opaco" facilita la costruzione, da parte del paziente, di un'immagine troppo distante dalla realtà.
  - Terapeuta troppo definito blocca totalmente ogni possibilità di elaborazione personale da parte del paziente.

## ULTIMA FASE DELLA TERAPIA: INTEGRAZIONE FRA STRUTTURE VECCHIE E NUOVE

- La neostruttura terapeutica rappresentata dal clinico genera una situazione di disequilibrio nel sistema cognitivo del paziente.
- L'integrazione tra vecchie e nuove strutture di significato è resa possibile dal fatto che la neostruttura, strumento principale con cui il paziente pensa a se stesso, costruendo continuamente il modo di pensare del terapeuta relativamente agli schemi cognitivi, si comporta sempre di più in modo autoreferenziale e sovraordinato (Semerari, 1996).
- In una terapia ideale, al termine di questo processo di integrazione, l'immagine interna del terapeuta tende a sparire dalle rappresentazioni del paziente ed egli inizia a compiere nuove operazioni con le nuove strutture, con la sensazione di essere lui stesso, in prima persona, a compierle.

## AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

### DEFINIZIONE FORMALE DI AUTOLESIONISMO

*“L’autolesionismo è una ferita del proprio corpo intenzionale, auto-rivolta, a bassa letalità, di natura socialmente inaccettabile, inflitta per ridurre e/o comunicare la propria sofferenza psicologica”.*

Spiegazione delle componenti di questa definizione:

1. “autolesionismo”: termine descrittivo e non peggiorativo, né esagerato.
2. “ferita al proprio corpo”: danno al proprio tessuto corporeo. Una persona può dire di volersi ferire, o può anche pianificarlo, ma finché non attraversa la linea di demarcazione tra l’idea e l’atto di danneggiare il proprio corpo non è autolesionismo.

## DEFINIZIONE FORMALE DI AUTOLESIONISMO

*“L’autolesionismo è una ferita del proprio corpo intenzionale, auto-rivolta, a bassa letalità, di natura socialmente inaccettabile, inflitta per ridurre e/o comunicare la propria sofferenza psicologica”.*

Spiegazione delle componenti di questa definizione:

3. “intenzionale”: l’autolesionismo è deliberato, non è accidentale o ambiguo.
4. “auto-rivolta”: alcune persone si feriscono con l’aiuto di altri. A volte, specialmente tra gli adolescenti, due o più persone possono ferirsi a turno l’uno con l’altro.

## DEFINIZIONE FORMALE DI AUTOLESIONISMO

*“L’autolesionismo è una ferita del proprio corpo intenzionale, auto-rivolta, a bassa letalità, di natura socialmente inaccettabile, inflitta per ridurre e/o comunicare la propria sofferenza psicologica”.*

Spiegazione delle componenti di questa definizione:

4. “a bassa letalità”: il danno fisico è modesto e non mette quasi mai la vita a rischio.
5. “di natura socialmente inaccettabile”: non rientra in nessuna cultura, non è connesso a nessun rito di passaggio.

## DEFINIZIONE FORMALE DI AUTOLESIONISMO

*“L’autolesionismo è una ferita del proprio corpo intenzionale, auto-rivolta, a bassa letalità, di natura socialmente inaccettabile, inflitta per ridurre e/o comunicare la propria sofferenza psicologica”.*

Spiegazione delle componenti di questa definizione:

6. “inflitta per ridurre la propria sofferenza psicologica”:  
l’autolesionismo ha l’effetto di modificare e ridurre il dolore psicologico in modo immediatamente efficace.
7. “inflitta per comunicare la propria sofferenza psicologica”:  
l’autolesionismo può avere funzioni interpersonali (comunicare il proprio dolore emotivo, influenzare gli altri affinché modifichino il loro comportamento, oppure dimostrare di essere dei coraggiosi).

## Cos’è l’autolesionismo?

- Comportamenti più comuni :
  - tagliarsi, incidersi, graffiarsi la pelle;
  - bruciarsi la pelle;
  - pizzicarsi con violenza;
  - colpirsi con oggetti.
- Tatuaggi e body piercings non sono di solito considerati atti di autolesionismo a meno che non vengano fatti con l’intenzione di ferire il proprio corpo.



## CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

DSM V (2013):

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (autolesionismo non suicidario) è inserito nella Sezione III come una condizione che richiede ulteriori studi.

Vantaggi di classificare il NSSI come un disturbo nel DSM:

- migliorare la comunicazione interprofessionale,
- facilitare gli sforzi per monitorare l'incidenza di NSSI,
- favorire iniziative di ricerca per capire meglio il comportamento,
- migliorare l'assistenza clinica.

L'adozione di NSSI nelle versioni future del DSM, se si verificherà, potrà produrre benefici significativi in tutte le aree importanti relative all'autolesionismo.

(Plener & Fegert, 2012; Shaffer & Jacobson, 2009)

## CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

### Criteri proposti

**A.** Nell'ultimo anno, l'individuo si è, per 5 o più giorni, provocato intenzionalmente danni alla superficie del corpo al fine probabilmente di causarne il sanguinamento, l'ecchimosi, o sentir dolore (ad esempio, tagliarsi, bruciarsi, colpirsi, sfregamento eccessivo della pelle), con l'aspettativa che la lesione porterà a danni fisici solo di lieve o moderata entità (cioè, non vi è alcun intento suicida).

**Nota:** L'assenza di intento suicida può esser dichiarato dal singolo o può essere dedotto dal ripetuto impegno del singolo in un comportamento che l'individuo sa, o ha imparato, non è suscettibile di provocare la morte.

## CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

### Criteri proposti

**B.** L'individuo si impegna nel comportamento autolesionista con uno o più delle seguenti aspettative:

- Per ottenere sollievo da un sentimento o stato cognitivo negativo.
- Per risolvere una difficoltà interpersonale.
- Per indurre uno stato emotivo positivo.

**Nota:** Il sollievo o risposta desiderata è sperimentato durante o subito dopo l'atto, e l'individuo può mostrare modelli di comportamento che suggeriscono una dipendenza e il bisogno di ripetere l'atto.

## **CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO**

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

### **Criteri proposti**

**C.** L'autoferimento intenzionale è associato ad almeno uno dei seguenti fenomeni:

- difficoltà interpersonali, sentimenti o pensieri negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, angoscia generalizzata, o auto-critica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente l'atto autolesionistico.
- prima dell'atto autolesivo, un periodo di preoccupazione per il comportamento previsto, che è difficile da controllare.
- pensieri autolesionistici si presentano frequentemente, anche quando non seguono agiti.

## **CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO**

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

### **Criteri proposti**

**D.** Il comportamento non è approvato socialmente (come nel caso di piercing, tatuaggi, parti di un rituale religioso o culturale) e non si limita a togliere una crosticina o mangiarsi le unghie.

**E.** Il comportamento o le sue conseguenze causano un disagio clinicamente significativo, interferenze interpersonali o scolastiche, o in altre aree importanti del funzionamento.

# CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

## Criteria proposti

**F.** Il comportamento non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi psicotici, delirio, intossicazione da sostanze, o astinenza. Negli individui con disturbi evolutivi, il comportamento non è parte di un modello di stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o una condizione medica.

# CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

## Diagnosi differenziale

**Disturbo di personalità borderline.** Come indicato, NSSI è stato a lungo considerato come un "sintomo" del disturbo borderline di personalità, anche se valutazioni cliniche approfondite hanno trovato che la maggior parte degli individui con NSSI hanno sintomi che soddisfano anche i criteri per altre diagnosi, con i disturbi alimentari e da abuso di sostanze tra quelli particolarmente comuni. Storicamente, NSSI è stato considerato come patognomonico del disturbo borderline di personalità. Entrambe le condizioni sono associate a diverse altre diagnosi. Sebbene spesso associato, il disturbo borderline di personalità non sempre viene rilevato in individui con NSSI. Le due condizioni differiscono in diversi modi. Gli individui con disturbo di personalità borderline spesso manifestano comportamenti disturbati aggressivi ed ostili, mentre NSSI è più spesso associato a fasi di vicinanza, comportamenti collaborativi e relazioni positive. A un livello più fondamentale, ci sono differenze nel coinvolgimento di diversi sistemi di neurotrasmettitori, ma questi non compariranno dall'esame clinico.

# CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

## Diagnosi differenziale

**Disturbo da comportamento suicida.** La differenziazione tra NSSI e il disturbo da comportamento suicida si basa sia sull'obiettivo dichiarato del comportamento che è un desiderio di morire (disturbo del comportamento suicida) mentre, nel NSSI, è il provare sollievo, come descritto nei criteri. A seconda delle circostanze, gli individui possono fornire report di convenienza, e diversi studi riportano tassi elevati di false dichiarazioni negli intenti. Individui con una storia di frequenti episodi di autolesionismo hanno imparato che una ferita, seppur dolorosa, è nel breve termine meno dannosa. Poiché gli individui con NSSI possono commettere tentativi di suicidio o suicidarsi, è importante controllare la storia passata di comportamento suicidario e di ottenere informazioni da parte di terzi relativa a qualsiasi cambiamento recente nell'esposizione a stress e umore. Probabilità di intenti suicidi è stato associata con l'utilizzo di più metodi precedenti di autolesionismo...

# CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

## Diagnosi differenziale

**Tricotillomania (hair-pulling disorder).** La tricotillomania è un comportamento di ferimento limitato all'estrarre i propri capelli, più comunemente dal cuoio capelluto, oppure sopracciglia o ciglia. Il comportamento si verifica in "sessioni" che possono durare per ore. E 'più probabile che si verifichi nel corso di un periodo di relax o di distrazione.

# CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

## Diagnosi differenziale

**Autolesionismo stereotipato.** L'autolesionismo stereotipato, il quale può includere sbattere la testa, mordersi, o colpirsi, è di solito associato con intensa concentrazione o in condizioni di bassa stimolazione esterna e può essere associata ad un ritardo evolutivo.

# CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Non Suicidal Self-Injury, **NSSI** (DSM V, 2013):

## Diagnosi differenziale

**Disturbo da Escoriazione (skin-picking).** Il disturbo da escoriazione si verifica principalmente nelle donne e di solito è rivolta allo strappo di una zona della pelle che l'individuo sente come sgradevole ... Esso non è associato con l'uso di alcun utensile.

## TERMINOLOGIA PRESENTE IN LETTERATURA

Coerenza tra i termini relativi all'autolesionismo:

- Vantaggi nel campo della ricerca scientifica:
  - permette lo sviluppo e il progresso della teoria;
  - assicura che venga adottata una terminologia coerente nel lavoro empirico;
  - diminuisce il rischio che un uso vago o incoerente dei termini contrasti il progresso empirico, limitandone l'affidabilità e la validità.
  
- Vantaggi in campo clinico:
  - consente di condurre una valutazione completa e accurata del caso clinico
  - consente che la formulazione del caso avvenga in modo preciso e condivisibile
  - riduce la probabilità di compromettere non solo la formulazione del caso, ma anche la qualità della valutazione del rischio e la pianificazione corretta del trattamento

## PERCORSO CHE HA PORTATO AL TERMINE SELF-INJURY (autolesionismo)

Nel corso del tempo sono state offerte molteplici definizioni e diverse tassonomie per concettualizzare NSSI (Favazza & Rosenthal, 1993; Nock e Favazza, 2009; Nock, Holmberg, Photos, e Michel, 2007; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007).

Ciò ha portato per diversi anni a una certa confusione nella concettualizzazione e nella comunicazione scientifica su tale argomento, che si sta dipanando grazie all'adozione del termine "self-injury" ("autolesionismo").

## TERMINI PRECEDENTI ALL'ADOZIONE DEL TERMINE "SELF-INJURY"

### *Self-mutilation (automutilazione)*

Il termine automutilazione non è adatto per riferirsi al NSSI in quanto:

- “automutilazione” è un termine troppo estremo e peggiorativo (Hyman, 1999; Connors, 2000; Simeon e Favazza, 2001).
- la maggior parte delle persone utilizza il comportamento autolesionista come un meccanismo di coping per gestire la sofferenza psicologica
- la grande maggioranza delle ferite auto-inflitte producono un danno fisico modesto che lascia cicatrici a lungo termine nulle o quasi nulle che quindi non danno come risultato una “mutilazione” del corpo.

## TERMINI PRECEDENTI ALL'ADOZIONE DEL TERMINE "SELF-INJURY"

### *Deliberate self-harm (autoferimento intenzionale)* (Rodham & Hawton, 2009)

Il termine autoferimento intenzionale non è adatto per riferirsi al NSSI in quanto:

- comprende i comportamenti ora definiti come NSSI (es. tagliarsi, bruciarsi)
- comprende i comportamenti che non comportano necessariamente danni ai tessuti o che sono ambigui (es. overdose)
- comprende atti che comportano un intento letale (cioè, i tentativi di suicidio).

Utilizzare *Deliberate self-harm* come sinonimo di NSSI è problematico non solo concettualmente ma anche empiricamente, perché impedisce la comparazione tra gli studi.

## TERMINI PRECEDENTI ALL'ADOZIONE DEL TERMINE "SELF-INJURY"

### *Parasuicide (parasuicidio)*

Il termine parasuicidio non è adatto per riferirsi al NSSI in quanto:

- come il termine autolesionismo intenzionale, anche parasuicidio comprende un insieme generale di comportamenti, in cui è osservabile l'intento di causarsi o delle lesioni o la morte (Kreitman, 1979).

Per molto tempo, il termine parasuicidio è stato usato da ricercatori e clinici in modo intercambiabile con il termine *self-injury* (es, Nock e Favazza, 2009; Prinstein, 2008; Skegg, 2005).

Ciò ha contribuito a generare confusione sul significato di questo termine nei contesti empirici e clinici.

## TERMINI PRECEDENTI ALL'ADOZIONE DEL TERMINE "SELF-INJURY"

Altri termini confondenti presenti in letteratura ma meno usati

- *wrist cutting* (tagliarsi i polsi),
- *self-abuse* (auto-abuso)
- *self-inflicted violence* (violenza auto-inflitta).

# TERMINI PRECEDENTI ALL'ADOZIONE DEL TERMINE "SELF-INJURY"

## Conclusione

Oggi possiamo affermare che:

solo recentemente la comunità scientifica è giunta ad accordarsi sul termine standard di NSSI in modo da poter procedere nell'indagine di questo fenomeno complesso.

## Chi si ferisce?

- Alcuni studi mostrano che le femmine hanno una probabilità maggiore di autolesionarsi, ma altri studi indicano che la probabilità è uguale per maschi e femmine.
- Maschi e femmine solitamente si differenziano per i metodi utilizzati:
  - MASCHI: tendono a prodursi lividi colpendo parti del proprio corpo o colpendosi utilizzando oggetti.
  - FEMMINE tendono ad utilizzare le forme più riconosciute di autolesionismo, come il taglio o i graffi.

## Quando inizia l'autolesionismo?

- L'autolesionismo di solito inizia in adolescenza, tra i 12 e i 15 anni.
- L'autolesionismo può durare poche settimane, mesi o anni. Per molte persone è ciclico piuttosto che lineare, cioè viene messo in atto per certi periodi di tempo, poi viene abbandonato per poi essere attuato nuovamente.
- L'autolesionismo non è un fugace problema adolescenziale: più di un quarto delle persone autolesioniste riportano di aver iniziato a ferirsi in adolescenza, e molti continuano nell'età adulta.

## Quanto è comune l'autolesionismo?

- Tra il 12% e il 24% di adolescenti e giovani adulti si è auto-lesionato almeno una volta.
- Tra il 6% e l'8% di adolescenti e giovani adulti che si è ferito almeno una volta riferisce di auto-ferirsi in modo ricorrente e cronico.

## Perchè le persone si feriscono?

L'autolesionismo viene utilizzato come una strategia per:

- Far fronte all'ansia o ad altre emozioni negative particolarmente intense.
- Sentire di avere il controllo sul proprio corpo e sulla propria mente.
- Distrarsi da altri problemi.
- Comunicare la propria sofferenza.
- Creare ferite visibili che possano essere notate.
- Purificarsi.
- Punirsi.
- Proteggere gli altri dal proprio dolore.
- Alcuni riportano di auto-ferirsi semplicemente perché poi si sentono meglio, provano sollievo dallo stress emotivo e dalla tensione.

L'autolesionismo è un meccanismo per gestire le emozioni negative.  
Alle persone che lo praticano sembra essere un meccanismo efficace e che funziona: *"dopo che l'ho fatto sto meglio"*