

DIFFERENZIAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO DAL SUICIDIO

Motivi che sostengono la differenziazione tra i due comportamenti:

1. Prevalenza
2. Intento
3. Metodo utilizzato e relativi livelli di danno e di letalità
4. Frequenza del comportamento
5. Metodi multipli
6. Livello di dolore psicologico
7. Costrizione cognitiva
8. Percezione di essere “inaiutabili” e “senza speranza”
9. Conseguenze psicologiche degli atti
10. Effetto della “restrizione dei mezzi”
11. Il problema centrale

6 LIVELLO DI DOLORE PSICOLOGICO

- Dolore psicologico sperimentato da chi tenta il suicidio:
 - persistente, permanente e inalterabile.
- Dolore psicologico sperimentato da chi si autoferisce:
 - intenso, inconsolabile ma intermittente.

7 COSTRIZIONE COGNITIVA

- Pensiero nei pz suicidi: costrizione cognitiva, visione a tunnel o pensiero dicotomico (es. “o mio marito torna con me o mi suicido”; “o ottengo la custodia dei miei figli o mi suicido”; “se questa malattia è incurabile mi suicido”; “se perdo il mio patrimonio mi suicido”)
- Pensiero nei pz autolesionisti: disorganizzato. Vengono percepite più opzioni tra cui viene scelta la “migliore”, rappresentata dall’autolesionismo.

8 PERCEZIONE DI ESSERE INAIUTABILI

Pz. suicidi:

- “Triade cognitiva della depressione”:
 - la persona suicida pensa: non vado bene (sé), ogni cosa intorno a me è terribile (mondo) e niente potrà cambiare (futuro).
- Percezione di essere inaiutabili: sensazione di perdita di controllo (es. “non c’è niente che posso fare per influenzare la mia vita”).
- Percezione di essere senza speranza: certezza che il dolore non possa cessare e che non esista un futuro.

Pz. autolesionisti:

- Opzione dell’autolesionismo: fornisce un senso di controllo, che è antitetico alla sensazione di essere senza speranza.
- La sofferenza manca di un senso di impossibilità di fuga e di permanenza in quanto l’autolesionismo funziona come meccanismo per ridurla.

9 CONSEGUENZE PSICOLOGICHE

Pz. suicidi:

- Dopo il tentativo di suicidio il dolore psicologico non cambia (es. “ho fallito anche in questo, sono un perdente”; “non so neanche uccidermi”; “questa volta non ce l’ho fatta ma la prossima volta ce la farò”; “mi sento peggio di prima”).

Pz autolesionisti:

- Dopo l’atto autolesionista il dolore emotivo si riduce immediatamente (es. “appena mi taglio tutta la rabbia se ne va e mi sento molto meglio”; “dopo che mi sono tagliata braccia e gambe tutta la tensione lascia il mio corpo e posso andare a dormire”; “una volta che mi sono bruciato posso vedere la mia rabbia all’esterno così non devo più sentirla dentro di me”).
- Solo quando l’autolesionismo non ha più gli usuali “effetti terapeutici” possono emergere le condizioni per una crisi suicidaria

10 RESTRIZIONE DEI MEZZI

Pz suicidi:

- La restrizione dei mezzi è un intervento importante che spesso salva la vita dei pazienti.

Pz. autolesionisti:

- La restrizione dei mezzi sembra essere controproduttiva:
 - è impraticabile (ogni cosa può essere usata per ferirsi, unghie e muri compresi).
 - è coercitiva, aumenta le emozioni negative aumentando il desiderio di ferirsi per gestirle. Il solo processo di prevenzione dell’autolesionismo può paradossalmente produrlo.

11 IL PROBLEMA CENTRALE

Problema centrale nei pz suicidi:

- una combinazione di depressione, tristezza e rabbia e odio verso di sé e/o verso gli altri.
 - focus del trattamento: definire in modo preciso la fonte del “dolore senza via di fuga” e ridurla.

Problema centrale nei pz autolesionisti:

1. atteggiamenti negativi nei confronti del loro corpo
 - focus del trattamento: identificare i motivi che sostengono tale atteggiamento e modificarli.
2. una combinazione di stress intenso, inadeguate abilità di lenire il proprio dolore, pensieri auto-denigratori e/o l’influenza dei pari che si autolesionano.
 - focus del trattamento: apprendimento di nuove abilità di coping per gestire le emozioni negative intense.

MODELLO A QUATTRO FUNZIONI di Nock

Modello esplicativo dello sviluppo e del mantenimento del NSSI:

- a) NSSI funziona come mezzo di regolazione delle proprie esperienze emotive/cognitive, come un mezzo di comunicazione e come un mezzo per influenzare il comportamento degli altri.
- b) Il rischio per NSSI viene aumentato dalla presenza di fattori di rischio distali (es. abuso/maltrattamento infantile, ambiente familiare ipercritico, predisposizione genetica ad avere un’iperattivazione emotiva). Tali fattori aumentano anche la probabilità di altri comportamenti disadattivi eseguiti per la stessa funzione (es. uso di alcol, droghe, disturbi alimentari).
- c) La probabilità di avere un comportamento autolesionista, dati questi fattori di rischio, è aumentata da altri fattori di vulnerabilità NSSI-specifici (es. l’apprendimento sociale). Tali fattori più specifici spiegano perché alcune persone usano l’autolesionismo invece di un altro comportamento per servire le stesse funzioni.

APPROCCIO FUNZIONALE

- I comportamenti sono causati dagli eventi che immediatamente li precedono e li seguono.
- Questo approccio non può rappresentare l'intera gamma di fattori causali che influenzano un comportamento.
- Tuttavia, questa prospettiva ha fatto progredire la comprensione, la valutazione e il trattamento di moltissimi disturbi mentali e problemi comportamentali:
 - disturbi d'ansia
 - disturbi depressivi
 - problemi di comportamento nel bambino
 - disturbi da abuso di sostanze

FUNZIONI DELL'AUTOLESIONISMO

RINFORZO	INTRAPERSONALE	INTERPERSONALE
NEGATIVO	<p style="text-align: center;">1</p> <p>il comportamento è seguito da una diminuzione immediata o cessazione di pensieri o sentimenti avversi (diminuzione di tensione, rabbia, e pensieri avversi).</p>	<p style="text-align: center;">4</p> <p>il comportamento è seguito da una diminuzione o dalla cessazione di qualche evento sociale (facilitazione nella fuga da situazioni sociali indesiderate, cessazione di fenomeni di bullismo e dei conflitti con i genitori).</p>
POSITIVO	<p style="text-align: center;">2</p> <p>il comportamento è seguito dalla comparsa o dall'aumento di pensieri o sentimenti desiderati (auto-stimolazione, sentirsi soddisfatti per avere "punito" se stessi).</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p>il comportamento è seguito dalla comparsa o aumento di un evento sociale desiderato (facilitazione nella ricerca di aiuto, ottenimento di attenzione e sostegno da parte di altre persone).</p>

EVIDENZA EMPIRICA DEI 4 PROCESSI

- Studi su persone con disabilità nello sviluppo: l'applicazione immediata di stimoli desiderati e la rimozione immediata di stimoli avversi diminuisce il comportamento autolesionista.
- Studi su adolescenti e adulti: i motivi forniti dagli autolesionisti per il loro comportamento si fittano perfettamente con il modello a quattro funzioni e le quattro funzioni correlano nel modo atteso con altri costrutti clinici.
- Studi sulle ipotesi derivate direttamente da questo modello:
 - gli autolesionisti mostrano diminuzioni di eccitazione fisiologica dopo l'esposizione immaginativa all'autolesionismo
 - miglioramenti nelle relazioni familiari dopo aver messo in atto un comportamento autolesivo

FATTORI DI RISCHIO GENERALI

- Se le persone utilizzano l'autolesionismo principalmente come un mezzo per far diminuire esperienze affettive e cognitive che le fanno soffrire, allora dovrebbero avere una predisposizione a rispondere agli eventi stressanti o impegnativi con ipereccitazione emotiva/fisiologica e alti livelli di pensieri negativi e dovrebbero mostrare una scarsa capacità di tollerare tale angoscia.
- Se le persone utilizzano l'autolesionismo come mezzo di comunicazione con gli altri o per risolvere i problemi sociali, allora queste persone dovrebbero avere delle difficoltà nel comunicare in modo efficace con gli altri e scarse capacità di problem-solving.
- Studi di laboratorio forniscono una prova preliminare dell'esistenza delle vulnerabilità ipotizzate dal modello.

FATTORI DI RISCHIO GENERALI

- **Vulnerabilità intrapersonali:**

- Autolesionisti mostrano di avere un'eccitazione fisiologica elevata (misurata attraverso la conduttanza cutanea) in risposta ad uno stimolo stressante (Nock & Mendes, 2008).
- Autolesionisti scelgono di sospendere o di evitare un compito stressante prima di quanto non facciano i non-autolesionisti (Nock & Mendes, 2008)
- Autolesionisti riferiscono maggiori sforzi per sopprimere i pensieri e sentimenti avversi nella loro vita quotidiana (Najmi, Wegner, e Nock, 2007).

- **Vulnerabilità interpersonali:**

- Autolesionisti mostrano scarsa comunicazione verbale, minori competenze sociali e di problem solving (Hilt et al. 2008a, Nock e Mendes 2008 Foto & Nock 2006).

- **Vulnerabilità simili in pazienti con disturbi diversi (ma che soddisfano le stesse funzioni): disturbi del comportamento alimentare** (Jackson et al., 2003, Wedig e Nock 2010), **e l'abuso di sostanze** (Hussong , 2003, Koob e Kreek 2007).

FATTORI DI RISCHIO GENERALI

- Le vulnerabilità ipotizzate sono causate da più fattori di rischio distali come l'abuso nell'infanzia e le predisposizioni genetiche all'alta reattività emozionale.
- **Esempio:** maltrattamento infantile:
 - associato ad alterazioni neurobiologiche successive (attività ridotta nella corteccia frontale e aumento della risposta allo stress)
 - può portare ad una maggiore reattività emozionale e all'incapacità di gestire una tale risposta, che è poi (in modo disadattativo) gestita utilizzando l'autolesionismo.
 - può anche impedire che il bambino in via di sviluppo apprenda delle competenze efficaci di socio-problem-solving o di comunicazione, contribuendo così a queste vulnerabilità interpersonali.

FATTORI DI RISCHIO GENERALI

- I fattori distali di rischio (es. i fattori di rischio genetici, i primi fattori di stress) aumentano la probabilità dei fattori di vulnerabilità (es. alta reattività emotiva, scarse abilità sociali), che a loro volta aumentano le probabilità di disturbi mentali e capacità di coping disadattive tra cui l'autolesionismo.
- Quando i fattori di rischio distali sono statisticamente controllati, l'abuso infantile, e i disturbi psichiatrici, non sono più associati all'autolesionismo.
- NSSI e alcuni altri disturbi psichiatrici condividono un percorso eziologico comune e rappresentano diverse forme di comportamento che possono servire alla stessa funzione.
- **Perché alcuni selezionano il comportamento autolesionista piuttosto che un altro comportamento patologico per regolare le proprie esperienze affettive e sociali?**

FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI PER NSSI

- Processi specifici proposti come fattori che aumentano in modo specifico la probabilità che una persona metta in atto comportamenti autolesivi:
 1. **Ipotesi dell'apprendimento sociale** (Social learning hypothesis)
 2. **Ipotesi dell'auto-punizione** (Self-punishment hypothesis)
 3. **Ipotesi della segnalazione sociale** (Social signaling hypothesis)
 4. **Ipotesi dell'analgesia al dolore** (Pain analgesia/opiate hypothesis)
 5. **Ipotesi pragmatica** (Pragmatic hypothesis)
 6. **Ipotesi dell'identificazione-implicita** (Implicit identification hypothesis)

1. IPOTESI DELL'APPRENDIMENTO SOCIALE

- Molti dei comportamenti che compiamo sono stati appresi osservando coloro che ci circondano (Bandura 1977, 2006).
- La decisione delle persone di ferirsi rischia di essere in gran parte influenzata da ciò che hanno osservato o imparato a conoscere di questo comportamento nella loro interazione con gli altri.
- L'ambiente familiare quotidianamente insegna i comportamenti ai bambini attraverso il modeling, l'erogazioni di rinforzi, di punizioni e estinzioni.
- Un pattern di comportamento familiare particolarmente infausto è il comportamento auto-distruttivo., che tende ad avere ripercussioni significative sui bambini.

1. IPOTESI DELL'APPRENDIMENTO SOCIALE

- Possibili interpretazioni di un comportamento auto-distruttivo di un familiare osservato da un bambino:
 - *“la vita è un dolore che ti schiaccia”*
 - *“la vita non vale la pena di essere vissuta”*
 - *“comportandosi in modo auto-distruttivo si può ottenere sollievo dalla sofferenza”*
 - *“gli altri non possono aiutarmi per il mio dolore”*
 - *“il mio dolore fa sì che io non abbia responsabilità nei confronti degli altri”*

1. IPOTESI DELL'APPRENDIMENTO SOCIALE

- Comportamento dei coetanei: può influenzare l'insorgenza di comportamenti disadattivi e rischiosi, tra cui l'abuso di sostanze, comportamenti sessuali a rischio, e anche l'autolesionismo.
- Media: i messaggi relativi autolesionismo sono in aumento e possono, anche se inavvertitamente, contribuire ad aumentare il verificarsi di questo comportamento.
- I dati iniziali delle ricerche supportano l'ipotesi dell'apprendimento sociale, poiché la maggior parte degli adolescenti e dei giovani adulti autolesionisti raccontano di aver inizialmente imparato a conoscere l'autolesionismo dai loro amici, fratelli, e dai media.

2. IPOTESI DELL'AUTO-PUNIZIONE

- NSSI è un mezzo di regolazione della propria esperienza affettiva, cognitiva e sociale perché fornisce un mezzo per punire se stessi per qualche comportamento considerato colpevole o per rispondere a un sentimento di odio generale verso di sé.
- *Esempi: incisione sulla pelle di parole come "fallimento", "perdente" e "vergogna"*
- Studi che hanno testato l'ipotesi dell'auto-punizione:
 - a) l'auto-punizione è tra le ragioni principali che gli autolesionisti danno per spiegare il loro comportamento,
 - b) "l'odio verso se stessi" e "la rabbia verso se stessi" scatenano quasi la metà degli episodi di autolesionismo,
 - c) chi si ferisce ha un livello di autocriticismo significativamente più elevato dei non-autolesionisti:
 - stile cognitivo autocritico media l'associazione tra abuso infantile e NSSI e consente di prevedere il verificarsi di NSSI al di là dell'effetto della depressione.

2. IPOTESI DELL'AUTO-PUNIZIONE

- Auto-punizione, autocritica, e auto-disprezzo: costrutti complessi che non si prestano ad essere facilmente indagati negli studi empirici.
- Alcuni studi hanno fornito modelli potenziali per indagarli.
- Le prove disponibili aneddotiche ed empiriche: tali costrutti possono rivelarsi di vitale importanza per capire il motivo per cui le persone si feriscono volontariamente.
- Ciò rappresenta una direzione fondamentale per la ricerca futura.

3. IPOTESI DELLA SEGNALAZIONE SOCIALE

- *Perché le persone utilizzano l'autolesionismo come mezzo di comunicazione con gli altri, piuttosto che usare il linguaggio o alcuni mezzi di espressione meno nocivi?*
- Perché è risultato più efficace nel suscitare l'aiuto da parte degli altri rispetto ad altre forme di comunicazione.
- Fonti a supporto di questa ipotesi:
 1. I pazienti autolesionisti descrivono l'uso del NSSI come mezzo di comunicazione e di ricerca di aiuto quando percepiscono che le parole non riescono a farlo in modo adeguato.
 2. Diverse aree di ricerca hanno illustrato i modi in cui l'autolesionismo può fornire un mezzo di comunicazione efficace e permettere di influenzare il comportamento gli altri nei loro confronti quando il linguaggio fallisce.

3. IPOTESI DELLA SEGNALAZIONE SOCIALE

L'autolesionismo può svilupparsi attraverso un processo di escalation:

- fallimento iniziale di strategie di comunicazione meno intense (es. parlare) a causa della scarsa qualità del messaggio o della chiarezza, o di un ambiente non rispondente o invalidante.
- strategie comunicative via via più intense (es. urlare, vestirsi in modo minaccioso) ma continuano a fallire.
- si arrivare all'autolesionismo come strategia comunicativa estrema

3. IPOTESI DELLA SEGNALAZIONE SOCIALE

“Ambiente invalidante” nelle famiglie di pazienti con BPD (Linehan, 1993 a e Miller, Rathus e Linehan, 2007):

- esperienze affettive ignorate, negate, ridicolizzate o condannate: ciò fa mettere in dubbio ai bambini l'accuratezza e anche l'esistenza dei loro stati emotivi interni;
- solo le risposte emotive estreme vengono rinforzate;
- allora il bambino proverà ad esprimere le sue emozioni negative in modo sempre più intenso e riceverà una risposta solo quando avrà messo in atto un comportamento emotivo estremo;
- contemporaneamente viene estinto il comportamento emotivo/comunicativo sano e adattivo.
- Risultato dopo la ripetizione di questo pattern innumerevoli volte: il bambino diventa una persona con difficoltà sia di regolazione delle proprie emozioni che di comunicazione delle proprie emozioni.

3. IPOTESI DELLA SEGNALAZIONE SOCIALE

Il risultato del processo di escalation può avvenire per:

- segnalare la propria sofferenza e ottenere attenzione, aiuto (es. rinforzo sociale positivo)
- segnalare la propria forza e resistenza (es. rinforzo sociale negativo).
- *Esempio* (Nock 2008):
 - adolescente risponde alla presa in giro dei coetanei ignorandoli,
 - poi intensificando le richieste verbali per fermare la presa in giro (es. parlare, poi urlare),
 - poi passando a forme fisiche di comunicazione (es. vestirsi in modo più minaccioso, in nero, con il tema della morte),
 - infine con il comportamento autolesionista, modo per mostrare la propria forza o la propria resistenza.

3. IPOTESI DELLA SEGNALAZIONE SOCIALE

Prove preliminari a sostegno del modello di escalation:

- autolesionisti mostrano deficit nella loro capacità linguistica
- autolesionisti mostrano deficit nella loro espressione delle emozioni
- le famiglie degli autolesionisti mostrano livelli più elevati di ostilità e di critica rispetto alle famiglie dei non-autolesionisti

3. IPOTESI DELLA SEGNALAZIONE SOCIALE

- NSSI può essere particolarmente efficace non solo perché è un segnale intenso, ma anche perché è un comportamento dannoso, e quindi costoso.
- Ricerche sulla comunicazione animale: i comportamenti costosi da eseguire hanno una maggiore probabilità di essere creduti da altri animali, perché altrimenti la loro produzione non sarebbe rinforzata.
- Per le persone: i comportamenti ad alta intensità o ad alto costo (es. i gesti aggressivi, NSSI) hanno maggiori probabilità di ottenere le risposte desiderate rispetto ad altri comportamenti che sono a bassa intensità o di comportamenti a basso costo (es. richieste verbali).
- Il processo di escalation nei pazienti autolesionisti necessita di ulteriore studio.

4. IPOTESI DELL'ANALGESIA AL DOLORE

- Gli autolesionisti riferiscono di provare poco o nessun dolore durante gli episodi di autolesionismo.
- Le persone che compiono atti di autolesionismo:
 - hanno una minore sensibilità al dolore (ci vuole più tempo affinché gli stimoli vengano percepiti come dolorosi)
 - sono in grado di tollerare il dolore più a lungo rispetto a chi non si ferisce.
- La ridotta sensibilità al dolore potrebbe essere presente prima che una persona inizi a comportarsi in modo autolesionista o potrebbe svilupparsi nel corso del tempo attraverso l'assuefazione alle autolesioni ripetute.

4. IPOTESI DELL'ANALGESIA AL DOLORE

- Oppioidi endogeni (endorfine):
 - rilasciati nel sangue dopo aver subito delle lesioni;
 - riducono l'esperienza del dolore;
 - possono anche portare a una sensazione di euforia;
 - sono più elevati negli autolesionisti.
- Ipotesi:
 1. Alcuni possono essere predisposti ad avere livelli più alti di endorfine
oppure
 2. Ripetuti atti di autolesionismo possono portare a livelli di endorfine superiori a quelli basali

Entrambe le ipotesi sulle endorfine possono servire per aumentare la probabilità che si verifichino altri atti di autolesionismo.

5. IPOTESI PRAGMATICA

- Autolesionismo: metodo veloce e facilmente eseguibile per regolare le proprie esperienze emotive, cognitive e sociali.
- Supporto speculativo a questa ipotesi:
 - gli adolescenti hanno meno probabilità degli adulti di avere le competenze di coping per affrontare efficacemente situazioni di stress,
 - hanno meno probabilità di avere le competenze per comunicare la loro sofferenza alle persone della loro rete sociale,
 - hanno meno probabilità di avere accesso ad altri metodi disadattivi di regolazione affettiva e cognitiva (es. alcol e droghe),
 - hanno accesso immediato all'autolesionismo, che può essere effettuato rapidamente, in silenzio e in privato in qualsiasi ambiente (es. casa, nel bagno della scuola o del lavoro).

6. IPOTESI DELL'IDENTIFICAZIONE IMPLICITA

- La decisione di compiere un atto di autolesionismo può essere influenzata dall'identificazione implicita con tale comportamento.
- Esempio di identificazione implicita:
Voglio diminuire l'ansia: non fumo una sigaretta perché non sono fumatrice, ma vado a fare un giro in bici, perché sono ciclista.
- Le identificazioni implicite di una persona sono predittive del comportamento successivo:
 - le persone compiono comportamenti autolesivi come mezzo per regolare le proprie esperienze emotive, cognitive o sociali a causa delle loro associazioni implicite tra questo comportamento ed ad altri comportamenti possibili.
- Gli autolesionisti hanno atteggiamenti impliciti più favorevoli nei confronti del NSSI e una identificazione implicita più forte con esso rispetto ai non-autolesionisti.

6. IPOTESI DELL'IDENTIFICAZIONE IMPLICITA

- Quando le persone vogliono regolare la loro esperienza emotiva, cognitiva o sociale, il loro atteggiamento implicito e l'identificazione con le diverse strategie di coping possibili influenzano la loro scelta.
- Non è ancora chiaro se:
 - le cognizioni implicite circa l'autolesionismo siano in correlazione causale con NSSI o invece siano una conseguenza del NSSI ripetuto.

Domande che attendono ancora una verifica empirica:

- Le persone possono venire a identificarsi con l'autolesionismo nel tempo o possono sviluppare un atteggiamento positivo riguardo all'autolesionismo:
 - *perché lo hanno osservato nei loro coetanei (modellazione sociale)?*
 - *perché percepiscono che esso è in grado di soddisfare la funzione desiderata (segnalazione sociale)?*
 - *o per qualche altro meccanismo?*

CONCLUSIONI

- Fino a poco tempo fa le informazioni sull'autolesionismo erano aneddotiche e basate su report di casi clinici.
- Recentemente: l'aumento sistematico e rigoroso della ricerca sull'autolesionismo ha fatto progredire la comprensione del perché le persone feriscono se stesse.
- Ricerca futura sul NSSI: farà progredire la comprensione, la valutazione, e il trattamento e ciò aiuterà tutte le persone che ora sono imprigionate nel loro circolo vizioso dell'autolesionismo a vivere in modo più sano e adattivo la loro vita.