

## **Autolesionismo. Verso una definizione del fenomeno.**

L'autolesionismo, esploso di recente come fenomeno adolescenziale, ha in realtà storia relativamente breve per quanto riguarda le tassonomie di tipo psichiatrico. I primi studi psichiatrici relativi a condotte autolesioniste risalgono agli anni 60 e riguardano pazienti che si tagliano i polsi (Goldwyn, Cahill, Grunenbaum, 1967). A indulgere in questa pratica sono solitamente giovani donne di buon livello intellettuale, ma spaventate dalla sessualità e poco capaci di stabilire relazioni con gli altri. Le pazienti riferivano di tagliarsi non per cercare la morte, ma per trovare sollievo da sentimenti di vuoto e di irrealtà; esse raccontavano di osservare affascinate il sangue sgorgare dalla ferita (Rosenthal et al, 1972).



Solo nel DSM 5 approda alla definizione di una serie di criteri che definiscono la sindrome:

A. Nell'ultimo anno, l'individuo si è, per 5 o più giorni, provocato intenzionalmente danni alla superficie del corpo al fine di causarne il sanguinamento, l'ecchimosi o il semplice sentire dolore (ad esempio, tagliarsi, bruciarsi, colpirsi, sfregamento eccessivo della pelle) e con l'aspettativa che la lesione porterà a danni fisici solo di lieve o moderata entità. L'assenza di intento suicida può essere dichiarato dal singolo o può essere dedotto dal ripetuto

impegno del singolo in un comportamento che l'individuo sa non essere suscettibile di provocare la morte.

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

1 Per ottenere sollievo da un sentimento o un pensiero negativo.

2 Per risolvere una difficoltà interpersonale.

3 Per indurre uno stato emotivo positivo.

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 ripeterlo.

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

1 difficoltà interpersonali, sentimenti o pensieri negativi (depressione, ansia, tensione, rabbia, angoscia generalizzata, o auto-critica) che si verificano nel periodo immediatamente precedente l'atto autolesionistico.

2 Prima dell'atto autolesivo, un periodo di preoccupazione per il comportamento previsto, che è difficile da controllare.

3 Pensieri autolesionistici si presentano frequentemente, anche quando non seguono agiti.

D. Il comportamento non è approvato socialmente (come nel caso di piercing, tatuaggi o come aspetto di un rituale religioso o culturale).

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

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 (ad esempio, psicotico, disturbo dello spettro autistico, ritardo mentale, sindrome di Lesch-Nyhan, stereotipie, disturbi del movimento con autolesionismo, tricotillomania, disturbo da escoriazione).

Rossi Monti e D'Agostino nel 2009 evidenziano come l'autolesionismo superficiale/moderato sia di norma associato al disturbo borderline di personalità.

La dimensione psicopatologica che accomunerebbe i soggetti che mostrano comportamenti autolesivi sarebbe infatti la disregolazione affettiva, una delle caratteristiche principali del disturbo borderline di personalità ed essi descrivono

come una condizione di alta vulnerabilità e ipersensibilità alle emozioni, legata soprattutto alla difficoltà di modularne l'espressione e il decorso.

**Richiedere la consulenza di uno psicologo può essere utile a comprenderne le ragioni e ad accompagnare i ragazzi verso una migliore capacità di espressione delle emozioni, individuando precocemente quei casi che necessitano di una immediata presa in carico.**

**A cura della dott.ssa Cinzia Gatti, psicologa**

**piazza Vittorio Veneto, 14**

**10123 Torino**

**tel 349 6116286**

**[www.cinziagattipsicologatorino.it](http://www.cinziagattipsicologatorino.it)**

