



Università degli Studi di Genova
Genoa University



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA IN
PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO TIPICO E ATIPICO

AUTOLESIONISMO IN ADOLESCENZA:
IL CORPO COME REGOLATORE EMOTIVO

Relatore: Prof.ssa Cecilia Pace

Correlatrice: Prof.ssa Stefania Muzi

Candidata: Patrizia Incremona

ANNO ACCADEMICO

2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1. Attacco al corpo in adolescenza.....	6
1.1. Autolesionismo in adolescenza: definizione, criteri diagnostici e funzioni psicologiche.....	6
1.2. Teorie psicologiche e neuroscientifiche dell'autolesionismo.....	9
1.2.1. Le teorie relative all'autolesionismo a confronto.....	15
1.3. La presenza transdiagnostica dell'autolesionismo.....	17
1.3.1. Il disturbo borderline.....	18
1.3.2. La depressione.....	19
1.3.3. I disturbi dell'alimentazione.....	20
1.3.4. L'alessitimia e l'impulsività.....	22
CAPITOLO 2. Regolazione e disregolazione emotiva.....	28
2.1. Il ruolo delle emozioni.....	28
2.2. Le emozioni in adolescenza.....	31
2.3. La regolazione emotiva.....	32
2.3.1. Dall'attaccamento alla regolazione emotiva.....	36
2.4. La disregolazione emotiva.....	39
2.4.1 La relazione tra disregolazione e autolesionismo.....	41
CAPITOLO 3. Il corpo come regolatore emotivo.....	46
3.1. Il corpo dell'adolescente: trasformazioni corporee e ricerca dell'identità.....	46

3.1.1. Lo sviluppo del sé.....	52
3.2. Il corpo nell'autolesionismo.....	54
3.2.1. Gli attacchi al corpo.....	58
3.3. La pelle.....	61
3.4. Le implicazioni applicative.....	63
CONCLUSIONI.....	66
BIBLIOGRAFIA	69

INTRODUZIONE

L'adolescenza è un periodo di transizione, caratterizzato da profonde trasformazioni fisiche, cognitive e sociali: sebbene sia una fase evolutiva naturale, essa si connota spesso per momenti di particolare vulnerabilità psicologica. Inoltre, è una fase caratterizzata da una serie di sfide evolutive e compiti di sviluppo quali eventi critici che hanno un impatto determinante sulla crescita psicofisica dell'individuo. Essa è segnata anche da una riorganizzazione del corpo attraverso lo sviluppo puberale, da una maturazione delle capacità cognitive e cerebrali, da un'evoluzione delle competenze emotive e comportamentali.

In questa cornice, si iscrive il fenomeno dell'autolesionismo non suicidario (NSSI, Non-Suicidal Self-Injury) che emerge come una problematica clinica e sociale di crescente rilevanza, con statistiche che ne indicano un'ampia diffusione. Il comportamento autolesivo, che comprende gesti come tagli, bruciature o colpi inferti al proprio corpo, senza l'intento cosciente di togliersi la vita, rappresenta la manifestazione esteriore di un profondo disagio interiore che fatica a trovare forme espressive maggiormente funzionali.

Il fenomeno dell'autolesionismo viene studiato delineando una panoramica generale, esaminando poi la sua definizione, la storiografia, i criteri diagnostici e la classificazione. Inoltre, vengono discussi aspetti quali le sue cause e funzioni, così come i fattori di rischio e la correlazione con possibili quadri patologici associati a tale comportamento.

Per uno studio approfondito è bene delineare le principali teorie psicologiche e neuroscientifiche che descrivono i meccanismi sottostanti al

fenomeno e la loro interazione con l'obiettivo è di fornire una comprensione esaustiva dell'autolesionismo non suicidario.

In questo quadro, è fondamentale comprendere gli aspetti salienti della fase adolescenziale come: lo sviluppo cognitivo e cerebrale, mettendo in luce come la maturazione delle strutture e delle funzioni cerebrali favorisca l'emergere di nuove capacità di pensiero e di ragionamento.

Parallelamente, lo sviluppo emotivo e comportamentale verrà esaminato per evidenziare come la capacità di autocontrollo e la regolazione emotiva si evolvano durante l'adolescenza, e come questi aspetti siano strettamente connessi al comportamento a rischio.

In conclusione, l'autolesionismo si iscrive nel percorso di crescita dell'adolescente come una strategia di coping finalizzata a comunicare e gestire in modo immediato ma disfunzionale emozioni negative altrimenti ingestibili. I segni autolesivi possono essere quindi un modo per "riappropriarsi" del corpo inteso come una tela su cui esprimere e regolare il dolore, generato da cambiamenti e traumi, non altrimenti elaborabili o gestibili.

CAPITOLO 1

ATTACCO AL CORPO IN ADOLESCENZA

1.1 AUTOLESIONISMO IN ADOLESCENZA: DEFINIZIONE, CRITERI DIAGNOSTICI E FUNZIONI PSICOLOGICHE

L'autolesionismo viene definito come l'insieme di atti intenzionali, come tagliarsi, bruciarsi, graffiarsi o mordersi, che provocano dolore o lesioni alla propria superficie corporea. Esso rappresenta una strategia di coping disfunzionale per affrontare un profondo disagio emotivo provato dall'individuo. Inoltre, questi comportamenti non sono necessariamente finalizzati al togliersi la vita ma al provocarsi dolore fisico. Questo è un motivo per cui l'autolesionismo è anche definito come un disagio consapevole e diretto al proprio corpo per scopi legati alla mancanza di accettazione sociale, piuttosto che al suicidio (Mertin, 2022).

Al giorno d'oggi l'autolesionismo rappresenta un fenomeno molto diffuso tra gli adolescenti e i giovani adulti: le fasce d'età che maggiormente presentano comportamenti di autolesionismo sono quelle relative agli adolescenti e ai giovani adulti. Infatti, in questi casi la presenza di questo fenomeno è tra il 15/20%, con un primo episodio che si manifesta tra i 13 e i 14 anni. La sua frequenza è maggiore in una popolazione caratterizzata dalla presenza di disturbi psichiatrici, come disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e anche nelle persone con deficit nella regolazione delle emozioni (Mertin, 2022).

Inoltre, i comportamenti autolesionistici sono associati anche alla presenza di stress, depressione, disturbi della condotta e abuso di sostanze, oltre che a

persone che presentano relazioni familiari disfunzionali, isolamento sociale e un basso rendimento scolastico (Klonsky, 2003; Andover, 2005).

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), strumento di classificazione medica e nosografico descrittivo, sviluppato dall'American Psychiatric Association (APA) che rappresenta una guida utilizzata per diagnosticare i disturbi mentali da psicologi e psichiatri, i comportamenti di natura autolesionistica sono identificati come un criterio del Disturbo Borderline di personalità: non solo, in quanto si riscontra la loro presenza anche in altre categorie diagnostiche.

Inoltre, nel Manuale, l'autolesionismo non suicidario viene definito come un comportamento in cui l'adolescente si causa lesioni sulla superficie corporea, senza l'idea di uccidersi, ma con motivazioni legate alla risoluzione di difficoltà interpersonali, emozioni negative o forme di autopunizione.

Gli autori descrivono questa sintomatologia come trasversale e non specifica di alcune diagnosi psicopatologiche e può essere presente anche in adolescenti privi di una specifica diagnosi psichiatrica (Luciani, 2024).

Inoltre, sono state identificate tre ipotetiche funzioni di questo comportamento: ottenere sollievo, risolvere una difficoltà interpersonale o provocare una sensazione positiva.

Per ottenere la diagnosi, queste azioni non devono essere sancite socialmente (ad esempio tatuaggi o rituali religiosi) e non riguardano altri comportamenti come mangiarsi le unghie o grattarsi; bensì il comportamento causa un disagio notevole.

Invece, il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2) nella sua seconda edizione propone un approccio psicodinamico descrivendo gli stati affettivi e

somatici, i pattern cognitivi e soprattutto relazionali, con l'obiettivo di giungere a una formulazione del caso che tenga conto di tutti i fattori che caratterizzano il soggetto. Gli autori riassumono le principali caratteristiche nell'approccio diagnostico per fasce d'età, la multiassialità e multidimensionalità, l'integrazione tra dati clinici, modelli teorici e risultati della ricerca empirica, l'attenzione alla psicopatologia ma anche alle risorse, la valorizzazione della componente relazionale del processo diagnostico (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Inoltre, il manuale sottolinea come possa essere difficile valutare se il comportamento è stato messo in atto in modo volontario oppure no, per via di una possibile mancanza di consapevolezza. Invece, nella letteratura psicoanalitica e psicodinamica, alcuni studi mirano a comprendere le motivazioni sottostanti il comportamento da un punto di vista evolutivo. In particolare, l'approccio psicodinamico permetterebbe una maggiore dimensionalità nella considerazione del costrutto, aumentandone la complessità comportata dall'unicità ed autenticità dall'individuo (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Tutto ciò evidenzia che l'autolesionismo viene rappresentato da un'etichetta diagnostica, al cui interno sono compresi diversi comportamenti: ragione per cui lo studio di tale fenomeno richiede un'approfondita descrizione delle funzioni che tale comportamento ha (Kiekens, Hasking, Claes & Baetens, 2017).

1.2 TEORIE PSICOLOGICHE E NEUROSCIENTIFICHE DELL'AUTOLESIONISMO

Sia la ricerca che la pratica clinica relative all'autolesionismo possono variare notevolmente in base al quadro di riferimento che viene utilizzato per studiare questi comportamenti (Claes, 2007).

Per avere una maggior chiarezza dei diversi modelli, è utile distinguere un approccio strutturalista da uno funzionalista. Il primo si concentra sulla classificazione e sul trattamento dei comportamenti in base alle loro caratteristiche topografiche. Invece, il secondo classifica e tratta i comportamenti in base ai processi funzionali coinvolti nel loro sviluppo e mantenimento (Claes, 2007).

In un approccio strutturalista, l'autolesionismo è considerato parte di una struttura patologica o come sintomo di un disturbo. Ricercatori e clinici sono alla ricerca di caratteristiche tipiche che i pazienti autolesionisti hanno in comune con altri pazienti con un disturbo psicopatologico. Inoltre, l'approccio strutturalista si occupa di studiare se l'autolesionismo debba essere considerato un disturbo a parte, diverso dagli altri, o un sintomo di un altro (Claes, 2007).

Al contrario, in un approccio funzionalista, l'autolesionismo è considerato la manifestazione di un disagio che ha una funzione comunicativa o rappresenta un modo per affrontare il disagio con una funzione di problem solving. Una delle maggiori difficoltà nel tentativo di comprendere le funzioni intrapsichiche e interpersonali dell'autolesionismo è la complessità e il radicamento contestuale del comportamento. L'autolesionismo è correlato a una varietà di diagnosi, problemi ed esperienze passate (Claes, 2007).

Ciò spiegherebbe le molteplici spiegazioni funzionali dell'autolesionismo, a volte anche all'interno della stessa persona. A causa della sua complessità, è molto difficile differenziare in modo chiaro una funzione dall'altra (Claes, 2007).

A proposito, secondo il Modello a Quattro Funzioni dell'Autolesionismo (Nock & Prinstein, 2004), la funzione di regolazione delle emozioni nell'autolesionismo può essere divisa in quattro processi funzionali diversi tra loro, che seguono due poli diversi: il rinforzo (positivo o negativo) e le conseguenze di questi processi (intrapersonali e automatiche o interpersonali e sociali). Quindi, i quattro processi funzionali coinvolti sono:

- il rinforzo negativo intrapersonale (o automatico): il comportamento autolesionista non suicidario decresce o controlla pensieri ed emozioni negative, come rabbia, ansia, tristezza. In questo caso l'agito può continuare a manifestarsi perché dopo si riducono gli affetti negativi, come per esempio l'autocritica o l'ideazione suicidaria;
- il rinforzo positivo intrapersonale (o automatico): questi comportamenti autolesionistici generano stimoli, sentimenti e pensieri, o portano l'individuo a provare soddisfazione per essersi puniti;
- il rinforzo sociale negativo: l'autolesionismo non suicidario viene mantenuto quando facilita l'evitamento di situazioni non desiderate o troppo forti da sopportare;
- il rinforzo sociale positivo: successivamente alla messa in atto del comportamento si ha una risposta positiva nel contesto in cui l'individuo si trova.

Il modello teorico proposto spiega perché e come diversi fattori influenzano e si associano al fenomeno. Inoltre, propone che l'autolesionismo funziona sia come

mezzo per regolare le proprie capacità emotive/cognitive, le esperienze e le capacità comunicative (Nock & Prinstein, 2004).

Solitamente, l'autolesionismo non suicidario ricopre molteplici funzioni per chi lo mette in atto, ma in alcuni studi si sostiene che la funzione più frequente è data dal rinforzo negativo intrapersonale, collegato alla possibilità di gestire le proprie emozioni negative (Nock, 2004; Lloyd-Richardson, 2007; Power, 2016).

Poco dopo, il Modello a Quattro Funzioni di Nock e Prinstein, Klonsky (2007) ha studiato sette teorie funzionali dell'autolesionismo non suicidario, evidenziando che questo comportamento serve soprattutto a eliminare emozioni negative intense, portando all'individuo una sensazione di calma. Altre funzioni di questi comportamenti possono essere quelle di influenzare gli altri o mostrare il proprio disagio emotivo (Nock, Prinstein & Klonsky, 2007).

Nella sua ricerca empirica, Klonsky (2007) ha studiato sette principali funzioni dell'autolesionismo non suicidario: anti-suicidio, autopunizione, autoregolazione, anti-dissociazione, confini interpersonali, influenza interpersonale e ricerca di sensazioni (o auto-stimolazione).

Secondo il primo modello, l'autolesionismo rappresenta un sostituto del suicidio, attraverso il quale si possono fare emergere i propri pensieri relativi al suicidio senza agirlo (Suyemoto, 1998). Invece, il modello di autopunizione sostiene che questi individui possono esprimere sentimenti negativi, come la rabbia o i sensi di colpa verso sé. Molti, infatti, ritengono la rabbia diretta verso sé stessi è un fattore fondamentale che descrive questo comportamento (Bennun, 1983; Herpertz, 1997; Klonsky, 2003; Soloff, 1994); il modello di autoregolazione degli affetti o modello affetto-regolatore vede l'autolesionismo come un modo che consente all'individuo di ridurre la potenza delle emozioni negative provate

oppure come un modo che consente di gestirle (Favazza, 1992; Gratz 2003; Haines, 1995).

A proposito, Linehan (1993) sostiene che ambienti sfavorevoli nei primi anni di vita possono portare alla nascita di strategie legate al disagio emotivo; secondo il modello di anti-dissociazione, questi comportamenti possono favorire l'eliminazione di stati di dissociazione o depersonalizzazione; per il modello dei confini interpersonali l'autolesionismo è un mezzo che consente di stabilire confini con il mondo esterno, all'interno dei quali è possibile proteggere la propria identità (Carroll, 1980; Podovall, 1969; Suyemoto, 1998). Quest'ultimo modello riprende la teoria delle relazioni oggettuali, secondo cui si pensa che la causa principale dell'autolesionismo consista nell'attaccamento insicuro; il modello di influenza interpersonale, invece, sostiene che i comportamenti autolesionistici vengano utilizzati dall'individuo per manipolare gli altri (Chowanec, 1991; Podovall, 1969) o per diminuire il rischio di abbandono percepito (Allen, 1995). Infine, nel modello di ricerca di sensazioni, l'individuo mette in atto questa tipologia di comportamenti per esprimere esuberanza e agitazione.

È importante sottolineare che queste funzioni possono coesistere allo stesso tempo, senza doversi per forza escludere a vicenda.

Da questi modelli si può notare che l'autolesionismo non ricopre una unica funzione ma ricopre il ruolo di strategia multifunzionale avente la funzione di tentare di gestire la difficoltà emotiva.

Secondo Klonsky, precoci condizioni di instabilità diminuiscono la capacità della persona di affrontare situazioni stressanti e, di conseguenza, di gestire i propri stati affettivi. L'autolesionismo si configura, quindi, come strategia

disadattiva di coping per alleviare un profondo disagio emotivo generata da forte eccitazione affettiva (Klonsky, 2007).

La letteratura indica che, per quanto riguarda la gestione dello stress, un'elevata sensibilità alle emozioni potenti e una scarsa tolleranza al disagio, insieme a strategie di regolazione emotiva poco efficaci, aumentano l'insorgenza dell'autolesionismo come strumento per gestire e ridurre apparentemente le emozioni negative. Poiché l'evitamento dalle emozioni negative è rinforzante, You (2018) ha sostenuto che quando si provano emozioni negative, gli individui mettono in atto comportamenti volti a dare conforto immediatamente piuttosto che utilizzare strategie che offrono benefici nel tempo. Ciò permette di evitare emozioni sofferenti bensì trovare piacere e conseguentemente rafforzare l'agito di tale comportamento (You, 2018).

Oltre ad essere uno strumento di regolazione, il comportamento autolesivo ha anche una funzione cognitiva. Il comportamento, infatti, allontana dai pensieri indesiderati e, in alcuni casi, ci sono prove che i soggetti autolesionistici hanno una preferenza per gli stimoli negativi piuttosto che positivi. I pensieri negativi conseguenti, particolarmente se ripetitivi, tendono a evidenziare il significato negativo dello stimolo con conseguente aumento delle emozioni che generano sofferenza (Mertin, 2022). Le emozioni negative che precedono e attivano il comportamento autolesivo, di solito ansia e rabbia, diminuiscono mentre la vergogna e il senso di colpa incrementano. Quest'ultime portano a soddisfare il bisogno di autopunizione (Mertin, 2022).

Inoltre, è stato riscontrato che i soggetti autolesionistici hanno una visione negativa di sé, oltre ad avere alti livelli di autocritica (Mertin, 2022). Invece,

Hooley e Fox hanno ipotizzato un'associazione tra autocritica e dolore poiché il dolore è considerato parte integrante della punizione.

Un altro modello che studia questo fenomeno è il modello dell'apprendimento sociale. Secondo quest'ultimo, i comportamenti autolesionistici possono essere causati anche da fattori dell'ambiente sociale come difficoltà relazionali, sensazioni di isolamento sociale o ricerca di aiuto. Le difficoltà che implicano un coinvolgimento adattivo con l'ambiente sociale possono essere spiegate, in parte, da una neurocezione difettosa (Mertin, 2002).

La neurocezione è un processo neurale che consente di distinguere se i contesti sociali sono sicuri o pericolosi in modo da permettere al sistema nervoso centrale, se normalmente regolato, di abbinare gli stati fisiologici al rischio effettivo presente nell'ambiente. Le risposte difensive sono sensibili e il sistema nervoso centrale valuta l'ambiente come pericoloso, anche se effettivamente non lo è. In questo modo, si crea una discrepanza che genera stati del sistema nervoso simpatico (SNS) quali risposta di attacco o fuga, evitamento attivo ma non di comportamenti prosociali. Ciò può compromettere la capacità di problem solving adattivo in favore di comportamenti che forniscono sollievo immediato al disagio psicologico ed emotivo (Mertin, 2002).

Un aspetto cruciale nello studio neuroscientifico dell'autolesionismo è comprendere quali fattori predispongono e mantengono tali comportamenti. Esperienze infantili negative e maltrattamenti aumentano il rischio di insorgenza di autolesionismo ma non lo determinano con certezza (Nock, 2009): infatti, emerge il rischio di alterazione del sistema nervoso autonomo (SNA) con conseguente sensibilizzazione delle risposte simpatiche (SNS) e parasimpatiche

(SNP). Tutto ciò aumenta la vulnerabilità del soggetto alla ipereccitazione persistente o a sistemi dissociativi insieme ad un sistema nervoso cronicamente disregolato che reagisce come se l'ambiente fosse costantemente minaccioso. Ciò porta il cervello a specializzarsi sull'anticipazione, prevenzione e protezione dal pericolo. L'elevata sensibilità e produzione di emozioni negative sono considerati fattori di nascita dell'autolesionismo. I sintomi del trauma che generano l'elevato funzionamento del SNA costituiscono potenziali fattori interni che mediano la relazione tra esperienze di abuso e NSSI (Mertin, 2022).

1.2.1 LE TEORIE RELATIVE ALL'AUTOLESIONISMO A CONFRONTO

I modelli teorici sull'autolesionismo non suicidario presenti in letteratura si differenziano principalmente per due aspetti: il livello di analisi adottato dalla teoria e la lettura delle funzioni del comportamento. Perciò è necessario confrontarli delineando anche i limiti di ciascuno.

Innanzitutto, da un punto di vista strutturalista, l'autolesionismo viene interpretato come un sintomo di una patologia, definibile attraverso criteri diagnostici ben precisi. Così facendo si rischia di ridurre il significato soggettivo e di mettere in secondo piano gli aspetti emotivi e comunicativi del comportamento (Claes, 2007).

Invece, l'approccio funzionalista interpreta il comportamento autolesionista in base alla funzione che svolge per ciascun individuo. Ciò permette di comprendere con maggior chiarezza i fattori di mantenimento del comportamento, però senza essere altrettanto specifico rispetto alle origini di questi agiti (Nock & Prinstein, 2004; Klonsky, 2007).

Inoltre, il Modello a Quattro Funzioni, precedentemente delineato, fornisce uno studio approfondito delle principali motivazioni dell'autolesionismo, distinguendo tra funzioni intrapersonali e interpersonali e tra rinforzi positivi e negativi. Il limite di questo modello potrebbe essere quello di non consentire di distinguere facilmente tali funzioni nella pratica clinica (Nock & Prinstein, 2004; Claes, 2007).

Inoltre, i modelli neuroscientifici sottolineano in particolar modo una disregolazione dei sistemi neurofisiologici, per cui l'autolesionismo diviene uno strumento per rimodulare gli stati di iperarousal e dissociazione. Tuttavia, in questo modo si rischia di avere un'ottica riduzionista che non integra lo stato psicologico a quello fisiologico (Porges, 2001; Siegel, 2021).

Infine, i modelli centrati sulla disregolazione emotiva delineano l'autolesionismo come risposta all'incapacità di gestire emozioni intense, prediligendo una visione che integra vulnerabilità individuali e esperienze traumatiche, non concentrandosi sui significati simbolici dell'agito (Gratz & Roemer, 2004; Chapman, 2006; Andover & Morris, 2014).

Nel complesso, sembra che ciascun modello preso singolarmente non sia esaustivo: infatti, ciascuno evidenzia aspetti specifici del comportamento. Ciò rende necessaria una prospettiva integrata che descriva il comportamento in tutte le sue dimensioni emotive, relazionali e corporee (Nock, 2009).

1.3 LA PRESENZA TRANSDIAGNOSTICA DELL'AUTOLESIONISMO

In psicologia, la correlazione è una misura statistica che indica il grado e la direzione della relazione lineare tra due variabili e che permette ai ricercatori di determinare in che misura due eventi o caratteristiche tendono a variare insieme.

Innanzitutto, le condotte autolesive si correlano a una maggiore impulsività, all'uso di sostanze e alcol, a tentativi suicidari, a disturbi di personalità, disturbi alimentari, disturbi dell'umore, abuso sessuale ed esperienze dissociative.

Gli studi sulla popolazione clinica e non clinica hanno individuato come i motivi di più frequente causa siano la ricerca di sollievo dallo stress, di evitamento da situazioni emotive troppo potenti, di segnalare la propria disperazione (Ostuzzi & Pozzato 2009).

La frequenza del comportamento autolesivo non suicidario è maggiore nel genere femminile ed è presente anche in adolescenti che presentano diverse tipologie di disturbi psicopatologici, soprattutto psicopatologie psichiatriche (Vanderlinden & Claes, 2007).

Tuttavia, le condotte autolesive in ambito clinico sono solitamente interpretate come un sintomo, ossia un comportamento che indica la presenza di una patologia sottostante; ragione per cui è necessario comprendere le cause profonde che motivano il funzionamento psichico e relazionale del soggetto che lo portano a trasformare il disagio emotivo in comportamento messo in atto (Marcazzan & Baroni, 2024).

1.3.1 IL DISTURBO BORDERLINE

In letteratura, il disturbo psicopatologico maggiormente associato agli agiti autolesivi è il disturbo borderline di personalità. Questo disturbo è caratterizzato da instabilità nelle relazioni sociali con le altre persone, nell'immagine di sé e nell'umore, insieme a una marcata impulsività. I sintomi si verificano nella prima età adulta e si presentano in più contesti di vita dell'individuo che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti di vita dell'individuo (Marcazzan & Baroni, 2024).

La grande instabilità che contraddistingue le rappresentazioni di sé, le relazioni ma anche gli affetti rendendoli confusi e investiti in modo troppo intenso con una ricaduta sul tono dell'umore e sul comportamento determinano un funzionamento tutto o niente (Marcazzan & Baroni, 2024).

La disregolazione emotiva, le oscillazioni nei vissuti di profonda inadeguatezza, la tendenza ad agire e reagire nelle relazioni sono tutte caratteristiche di funzionamento che possono facilmente essere associate alle condotte autolesive (Marcazzan & Baroni, 2024).

Innanzitutto, è necessario chiarire l'importanza di tali gesti come sintomi di psicopatologie diverse dai comportamenti anticonservatori.

Uno studio su 75 pazienti donne con Disturbo Borderline di Personalità (Brown, Comtois & Linehan, 2002) ha fatto emergere alcune differenze tra le persone che mettono in atto comportamenti autodistruttivi e quelle che, invece, agiscono con comportamenti autolesivi. Nel primo caso, le pazienti utilizzano questi comportamenti come mezzo per scappare dalle responsabilità della realtà e dei sentimenti. Invece, nel secondo caso, le pazienti utilizzano questi

comportamenti come mezzo di espressione della rabbia, per distrarsi oppure per punire se stesse (Simonelli, Fassina, Scaldaferro, Guastafierro & Ferrero, 2007).

L'instabilità affettiva, descritta come l'insieme di frequenti e veloci cambi di umore in base a cambiamenti che derivano dall'ambiente, e l'impulsività sono spesso considerati i tratti caratteristici del disturbo borderline di personalità. In particolare, la necessità di agire per ridurre il conflitto interiore è l'aspetto fondamentale dell'impulsività. Per questo, l'autolesionismo è associato ad alti livelli di impulsività (Claes, 2007).

Un secondo fattore che influenza l'agito di comportamenti autolesionistici dipende dalla presenza di esperienze di vita negative o traumatiche (come abuso sessuale), in particolare durante l'infanzia.

Un terzo fattore che influenza questi comportamenti è l'aspetto del contagio sociale (Claes, 2007).

1.3.2 LA DEPRESSIONE

È presente un'altra correlazione di questo fenomeno con la depressione. Questa è caratterizzata da un tono dell'umore costantemente deflesso, oppure uno stato di elevata irritabilità e ostilità, derivate da profondi sentimenti di svalutazione, distimia e colpa; dal ritiro da affetti e situazioni sociali, da un rallentamento del pensiero e dei movimenti; da un'alterazione del sonno e dell'alimentazione; da una sensazione di apatia che si traduce nella difficoltà di intraprendere qualsiasi attività con pensieri di sentimenti e di sfiducia nei confronti del futuro (Marcazzan & Baroni, 2024).

In questo quadro, il bisogno di tenere sotto controllo i pensieri suicidali, ma anche quello di tornare a provare emozioni per uscire dal sentimento di vuoto e apatia, così come il bisogno di dare forma al corpo si concretizzano nel corpo e si potrebbero quindi collegare al ricorso ad agiti autolesivi (Marcazzan & Baroni, 2024).

In letteratura, la depressione rappresenta uno dei disturbi più correlati all'autolesionismo (Gatta, 2019). Anche da Nock e Kessler (2006) la depressione maggiore è stata associata allo sviluppo di comportamenti autolesivi: la ricerca ha riportato che in un campione di 112 individui (di età tra i 15 e i 54 anni) che praticavano gesti autolesivi, il 42% era affetto da depressione maggiore (Nock & Kessler, 2006).

1.3.3 I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Un altro fattore che può condurre all'atto autolesivo è la presenza di disturbi dell'alimentazione. Infatti, i comportamenti autolesivi sono molto frequenti in persone che hanno disturbi alimentari, caratterizzati da un'eccessiva attenzione verso il proprio corpo e da difficoltà di base nell'autostima e nella gestione delle emozioni (Ostuni & Pozzato, 2019).

Ci sono moltissimi studi in letteratura sull'elevata correlazione tra comportamenti autolesivi e disturbo alimentare. Ad esempio, Claes e Vandereycken (2007) hanno studiato un campione di 134 donne con disturbo alimentare (il 26.9% presentava anoressia nervosa restrittiva, il 43.3% anoressia di tipo bulimico e il 29.9% bulimia nervosa): il 44.6% del campione ha espresso episodi di autolesionismo non suicidario. In particolare, la maggior parte di questa

percentuale presentava anoressia di tipo bulimico (51.8%) piuttosto che bulimia (43.6%) e anoressia restrittiva (34.3%) (Claes & Vandereycken, 2007).

Anche gli studi di Favaro e Santonastaso sono interessanti: loro hanno evidenziato che nei soggetti con anoressia nervosa si riscontra una presenza di comportamenti autolesionistici simile a quella che è stata individuata nei soggetti con bulimia nervosa (rispettivamente 62% e 72%). Questi autori hanno anche sottolineato la differenza tra comportamenti autolesivi di tipo compulsivo e di tipo impulsivo. I primi sono frequenti e abitudinari per il soggetto che li mette in atto, quindi ripetitivi e vissuti come automatici, con lo scopo di ridurre le tensioni che prova. Invece, i secondi sono episodici e hanno lo scopo di gestire le emozioni ad ampio spettro, come la riduzione della rabbia e l'autopunizione. Inoltre, i comportamenti compulsivi e impulsivi possono coesistere in individui che presentano diversi disturbi, come i disturbi alimentari (Ostuzzi & Pozzato, 2009).

Differente è il caso delle ferite auto-inflitte nei quadri psicotici: dal momento che il soggetto vuole liberarsi ed eliminare le parti del corpo su cui proietta idee deliranti di carattere persecutorio, spesso l'autolesionismo prende la forma di automutilazione. In questi casi, la qualità, i significati e le funzioni dei comportamenti di auto ferimento sono molto specifici sia nella scelta dei distretti corporei. Questi ultimi sono interessati dalla mutilazione e dalle ferite a cui si attribuiscono significati che deragliano dal senso di realtà, sia nelle modalità particolarmente cruenta di attacco al corpo (Marcazzan & Baroni, 2024).

1.3.4 L'ALESSITIMIA E L'IMPULSIVITA'

Secondo alcuni studi, l'autolesionismo è anche correlato all'alessitimia a causa della presenza di difficoltà relazionali e impulsività, difficoltà interattive e di controllo sia emotivo che degli impulsi.

Innanzitutto, è bene definire l'alessitimia come l'incapacità di comprendere e parlare delle proprie emozioni. Questa condizione è caratterizzata da difficoltà nel riconoscere e nel descrivere le proprie emozioni, scarsa immaginazione, scarsa fantasia e pensiero orientato all'esterno piuttosto che a sé stessi. Tra i processi cognitivi ed emotivi tipici di individui alessitimici è presente la scarsa, o nulla abilità di rappresentare le emozioni tramite simboli e l'incapacità di regolare gli stati emotivamente forti (Marchetti & Cavalli, 2013).

L'impulsività e la difficoltà di regolazione emotiva sono collegate al comportamento autolesivo: in particolare, la disregolazione emotiva è legata anche alla ripetizione del gesto. A ciò si aggiunge la presenza di tratti alessitimici che evidenziano diverse difficoltà nella gestione dei sentimenti, sia in sé stessi che verso gli altri (Gatta, 2019).

Sono stati studiati anche i contesti legati alle relazionali e alle loro percezioni attraverso due scale della SCL-90-R, "sensibilità interpersonale" e "ideazione paranoide". La prima studia alcuni sentimenti come inadeguatezza, inferiorità, autosvalutazione, bassa autostima, marcata difficoltà nelle interazioni interpersonali e aspettative negative riguardo ai comportamenti interpersonali; invece, la seconda studia la percezione dell'altro e del mondo esterno, caratterizzata da pensieri proiettivi, antagonismo, sospetto e paura di perdita. Questi fattori sono risultati molto deficitari nei soggetti con autolesionismo, marcando in questo modo la loro fragilità e la loro ipersensibilità alla frustrazione

nelle relazioni sociali. Inoltre, è emerso che queste persone vedono il mondo esterno che li circonda come un luogo pericoloso, non sicuro dal quale devono difendersi (Gatta, 2019).

Tutto ciò mostra come la dimensione interpersonale abbia un ruolo fondamentale nel determinare il comportamento autolesionista e il tagliarsi potrebbe essere messo in atto per una necessità di consapevolezza di sé e per avere un senso di controllo sull'ambiente esterno. Pertanto, è necessario evidenziare che le difficoltà nel relazionarsi con gli altri vengano espresse in comportamenti di autolesionismo, trasmettendo così il bisogno di richiamare su sé stessi l'attenzione degli altri (Gatta, 2019).

Tutto ciò valida l'associazione tra alessitimia e self-cutting quale modalità di autoriferimento (Gatta, 2019).

Invece, altri studi hanno verificato l'associazione tra autolesionismo e alessitimia. Questi dati suggeriscono come gli adolescenti non riescano a riconoscere ed esprimere correttamente le loro emozioni e presentino notevoli difficoltà nell'instaurare relazioni con gli altri.

Polk e Liss sostengono che questa difficoltà nel mondo dei sentimenti porta l'adolescente a ricorrere ad agiti autolesionistici come manifestazione delle proprie emozioni negative. Nel loro studio, i due autori individuano quali variabili distinguono gli autolesionisti dai non autolesionisti quali depressione e negligenza emotiva. Inoltre, due variabili dell'alessitimia sono fortemente correlate alla funzione: sia la difficoltà nell'identificare i sentimenti sia la difficoltà nel descrivere i sentimenti è legata alla distinzione tra chi si autolesiona e chi no (Polk & Liss, 2007).

Gli autolesionisti riportano alti livelli di emozioni negative, sembra che gli individui che si autolesionano non sappiano come elaborare o gestire adeguatamente i loro alti livelli di affetti negativi quindi ciò potrebbe essere correlato alla negligenza emotiva (Polk & Liss, 2007).

Nelle famiglie che trascurano i propri figli, il comportamento emotivo corretto è non modellato, e il bambino potrebbe non imparare come esprimere i sentimenti nel modo corretto. Quindi, evitando il confronto con alcuni sentimenti, in particolare negativi e forti, si aumenta il rischio che questi possano essere convertiti nel tempo in comportamenti autolesionistici. Entrambi questi fattori sono correlati al costrutto dell'alessitimia (Polk & Liss, 2007).

Un modo per gestire adeguatamente alti livelli di affetti negativi è essere in grado di identificare e descrivere verbalmente ciò che si sta provando. Gli individui alessitimici non hanno gli strumenti per identificare o descrivere i propri sentimenti; quindi, possono ricorrere a comportamenti autolesionistici come un modo per esprimere i loro alti livelli di negatività (Polk & Liss, 2007).

Un altro studio condotto da Cerruti, Valastro e Calabrese esplora il rapporto tra alessitimia e disturbi di personalità. Il campione preso in considerazione è composto da 15 adolescenti italiani reclutati da comunità terapeutiche: sono stati inclusi tutti i soggetti che presentavano NSSI in un periodo di 12 mesi. Tutti i partecipanti hanno riportato una storia di NSSI, ovvero almeno cinque o più comportamenti autolesionistici nell'ultimo anno, l'età di insorgenza dell'NSSI varia tra i 12 e i 13 anni, indicando una storia relativamente lunga di questo comportamento nel gruppo di studio (Cerruti, Valastro & Calabrese, 2014).

Lo scopo di questo studio è quello di aggiungere ulteriori informazioni alla letteratura esistente per una migliore comprensione delle caratteristiche

dell'autolesionismo e della sua relazione con l'alessitimia e il funzionamento della personalità all'interno di un campione clinico di adolescenti.

I dati ottenuti hanno mostrato una significativa rappresentazione delle caratteristiche di personalità del Cluster B e dei disturbi di personalità (ad esempio, borderline, narcisistico, antisociale), nonché di caratteristiche di disregolazione emotiva nella grande maggioranza dei soggetti coinvolti. Dopo l'analisi specifica dei profili emersi, i dati hanno mostrato che il 70% dei soggetti ha riportato caratteristiche di disturbo correlate al fattore antisociale/psicopatico, mentre il 60% ha riportato caratteristiche di disturbo correlate al fattore di disregolazione emotiva. Inoltre, in questo campione, gli adolescenti che praticano comportamenti autolesionisti frequenti hanno maggiori probabilità di presentare un livello elevato di alessitimia. Una conseguenza dell'alessitimia è la difficoltà di regolazione o gestione dell'espressione emotiva, fondamentale nelle relazioni interpersonali (Cerruti, Valastro & Calabrese, 2014).

Inoltre, non sorprende che i risultati di questo studio evidenzino una correlazione positiva tra alessitimia e autolesionismo. L'elevata presenza di tratti emotivamente disregolati sembra confermare l'ipotesi che questo disturbo sia principalmente mantenuto dal rinforzo emotivo negativo e abbia come scopo principale la eliminazione degli stati emotivi negativi (Chapman, 2006; Klonsky, 2007; Nock 2010).

Inoltre, in altri studi si è analizzata la correlazione tra autolesionismo e impulsività e alessitimia.

L'impulsività è definita come la tendenza a mettere in atto azioni molto rapidamente, senza pianificare i comportamenti in base agli stimoli ricevuti;

questi comportamenti possono avere delle conseguenze negative sia su stessi che sulle altre persone.

Lo scopo di ridurre gli affetti negativi può portare alla messa in atto di comportamenti impulsivi per ottenere conseguenze positive nell'immediato. Ciò vuol dire che l'impulsività può aumentare la sensibilità dell'adolescente ad agire comportamenti di tale genere. Successivamente, si verificano conseguenze positive di diminuzione del dolore emotivo che rinforzano poi questi comportamenti creando circoli viziosi (Hamza, Willoughby & Heffer, 2015).

Tuttavia, in letteratura si trovano informazioni ambivalenti riguardo l'autolesionismo e l'impulsività. Secondo molti autori, gli individui che mettono in atto comportamenti autolesionistici hanno una maggiore impulsività che è collegata alla frequenza e gravità degli agiti. Tuttavia, altri studi fanno emergere risultati poco convincenti su quanto appena affermato. Infatti, non si osservano sempre differenze tra individui autolesionistici e non in relazione all'impulsività. Questo potrebbe essere spiegato dal fatto che durante le prove di laboratorio, non viene chiesto al campione di svolgere il compito in situazione di stress emotivo, dato fondamentale per evidenziare la differenza (Hamza, Willoughby & Heffer, 2015).

A proposito, anche Janis e Nock (2009), non rilevano una diversità tra gli autolesionisti e i controlli in base all'impulsività. Una spiegazione a tutto ciò può essere dovuta al fatto che i soggetti autolesionisti si percepiscono più impulsivi, anche se non lo sono davvero. Inoltre, gli autolesionisti lo possono essere solamente ed esclusivamente in alcuni contesti che non si possono replicare negli studi di laboratorio, come ad esempio in momenti di maggiore stress emotivo (Janis & Nock, 2009).

Da tutta questa analisi delle principali teorie e dai quadri psicopatologici relativi all'autolesionismo, si nota che questi comportamenti costituiscono un fenomeno transdiagnostico, con una forte associazione a difficoltà nella regolazione emotiva. Quindi, questi dati suggeriscono con chiarezza il ruolo centrale dei disagi emotivi. Per questo motivo, è necessario approfondire questo concetto attraverso lo studio sia della regolazione che della disregolazione emotiva.

CAPITOLO 2

REGOLAZIONE E DISREGOLAZIONE EMOTIVA

2.1 IL RUOLO DELLE EMOZIONI

Le emozioni sono definite come stati psicologici complessi e intensi che nascono come reazioni psicofisiologiche a stimoli interni o esterni all'individuo. Esse coinvolgono l'eccitazione fisiologica, i sentimenti soggettivi, la valutazione cognitiva ed espressioni comportamentali (Norbotayevna, 2024).

Inoltre, possono essere intese come uno studio di un sistema di risposte: cognitivo, fisiologico e comportamentale (Lyons, 1985; King, 2020).

In ciascun individuo, hanno un ruolo molto importante perché formano e influenzano i pensieri, i comportamenti e le relazioni con l'esterno (Norbotayevna, 2024). Inoltre, offrono una direzione al comportamento e definiscono la natura delle interazioni sociali.

Tendenzialmente, il loro carattere adattivo viene considerato in modo positivo per l'individuo in quanto rappresenta un approccio funzionale allo studio del processo emotivo. Ciò si fonda sulla idea dell'emozione come "mediatore nella relazione tra l'organismo e l'ambiente, fisico e sociale, per il mantenimento del benessere dell'organismo" (Feldman, Amoretti & Ciceri, 2008, pp319-320).

Per studiare il ruolo adattivo delle emozioni, gli autori Feldman, Amoretti e Ciceri ne studiano alcune funzioni fondamentali (Scherer, 1984; Lazarus, 2006). Ad esempio, la valutazione dell'ambiente consente di esaminare il continuo arrivo di stimoli, interni ed esterni, dall'ambiente per attribuirgli la giusta rilevanza e per preparare la risposta corretta allo stimolo. Questo fenomeno è molto importante perché permette di cambiare il proprio comportamento in base agli stimoli esterni

ricevuti. La regolazione dello stato di attivazione che ne consegue comporta una serie di risposte, le emozioni, coordinate dai sistemi biologici per generare lo stato fisiologico più adatto all'azione o al comportamento da mettere in atto (Feldman, Amoretti & Ciceri, 2008).

Inoltre, le emozioni aiutano ad apprendere risposte che modificano il comportamento, anche in futuro, poiché possono guidare il comportamento in situazioni simili, oppure ricercare situazioni analoghe. Di conseguenza, i comportamenti verbali e non, che sono rappresentati dalle emozioni provate in quel momento, assumono la funzione di segnale per l'altro e permettono di comprendere e prevedere il comportamento futuro, creando così un'interazione sociale efficace e adeguata (Feldman, Amoretti & Ciceri, 2008).

Quindi, le emozioni hanno un ruolo importante anche nelle interazioni sociali poiché le facilitano trasmettendo informazioni, formando legami e regolando i comportamenti sociali (Norbotayevna, 2024)

Nello specifico, il processo emotivo è formato da fattori di diverso tipo. Tra questi si trova un fattore fisiologico, che coinvolge le risposte del corpo, quelle cognitive e quelle che includono l'interpretazione e la valutazione degli stimoli influenzando il modo in cui le emozioni vengono vissute. Un fattore è quello comportamentale, come l'espressione delle emozioni tramite azioni e gesti (Norbotayevna, 2024). In particolare, il primo fattore fa riferimento principalmente al sistema nervoso autonomo (SNA), in cui si differenziano a livello periferico due parti principali: il sistema simpatico e il sistema parasimpatico, che hanno un ruolo antagonista. Il primo prepara l'organismo all'azione mentre il secondo produce le reazioni opposte (Feldman, Amoretti & Ciceri, 2008).

Per comprendere come nascono le emozioni, è necessario citare il modello modale. Secondo questo modello, l'emozione nasce dalla sequenza situazione-attenzione-valutazione-risposta: una situazione rilevante per il soggetto, esterna o interna, attiva una valutazione del valore e del significato. Questa genera poi una risposta emotiva che coinvolge i sistemi esperienziali, comportamentali e neurobiologici. Interpretando l'emozione come una reazione, se ne individua il carattere ricorsivo ovvero la capacità della risposta emotiva di portare cambiamenti nell'ambiente che a loro volta possono influenzare quella e altre emozioni (Gross & Thompson, 2007).

Sroufe afferma che "le emozioni comportano una reazione soggettiva a un evento saliente, caratterizzata da cambiamenti fisiologici e comportamentali" (Sroufe, 1995). Quindi, l'emozione può essere definita anche come un processo che coinvolge componenti neurobiologiche ed espressive (Siegel, 2021). Secondo questo punto di vista, le emozioni sono il frutto dell'interazione tra processi neurofisiologici e relazioni. Inoltre, si comportano come un insieme di processi integrativi che si collegano tra loro e preparano all'agito dell'individuo.

In conclusione, sul piano relazionale, le emozioni creano processi che mettono in connessione le menti degli individui. Tutto ciò consente l'integrazione di parti diverse che per questo motivo possono essere considerate come cambiamenti nello stato di integrazione nell'individuo e tra individui (Siegel, 2021).

2.2 LE EMOZIONI IN ADOLESCENZA

È bene approfondire le emozioni nella fase adolescenziale in quanto quest'ultima rappresenta un periodo molto delicato dell'individuo poiché il cervello subisce notevoli cambiamenti nella sua struttura. Ad esempio, a livello della corteccia cerebrale avviene una perdita di materia grigia, soprattutto nella regione del lobo temporale e dorsolaterale (Sturman & Moghaddam, 2011).

A livello funzionale, in questo periodo si notano cambiamenti significativi nell'attività di alcune aree cerebrali fondamentali per la cognizione sociale che codificano il significato emotivo degli stimoli (come l'amigdala), integrano le informazioni sensoriali ed emotive per il calcolo delle aspettative di valore (come la corteccia orbitofrontale) e svolgono vari ruoli nella motivazione, nella selezione delle azioni e nell'apprendimento delle associazioni (Sturman & Moghaddam, 2011).

Inoltre, il cervello adolescente è interessato anche da una serie di cambiamenti morfologici e fisiologici: i cambiamenti si verificano principalmente nelle regioni cerebrali strettamente legate alle emozioni, all'eccitazione e alla motivazione (Arain, 2013).

Per quanto riguarda le emozioni, il sistema limbico, composto dall'amigdala, dall'ippocampo, e dall'ipotalamo, è direttamente coinvolto nell'espressione di queste e nell'espressione della motivazione: durante le interazioni sociali gli adolescenti sono più propensi degli adulti a farsi influenzare dalle proprie emozioni, subendone un'influenza (Arain, 2013).

Spesso, interpretano le emozioni in modo errato poiché la corteccia prefrontale, responsabile dell'analisi cognitiva del pensiero astratto e della moderazione del comportamento, viene utilizzata meno durante le interazioni

interpersonali. Perciò tendono ad affidarsi prevalentemente alla regione emotiva per interpretare le emozioni altrui, che si distingue per essere maggiormente impulsiva rispetto ad un'interpretazione razionale (Arain, 2013).

2.3 LA REGOLAZIONE EMOTIVA

Negli ultimi decenni, la regolazione emotiva è emersa come un concetto molto importante in psicologia, attirando l'attenzione di molti clinici e ricercatori (Gregorucci, 2017; Rodriguez Moreno, 2022). Infatti, la regolazione emotiva è sempre più riconosciuta come fondamentale per il funzionamento adattivo e il benessere psicologico (Shappes, 2015; Kraiss, 2020).

Innanzitutto, la competenza emotiva si può definire come un costrutto complesso, composto da un insieme di capacità interdipendenti relative alla sfera emozionale che si struttura durante lo sviluppo, anche attraverso la relazione con l'ambiente (Marchetti & Cavalli, 2013). Essa corrisponde alla capacità di monitorare, valutare e modificare le emozioni per raggiungere un obiettivo (Thompson, 1994) e comprende uno spettro di strategie che gli individui utilizzano per modulare le proprie esperienze emotive: quindi, un insieme di obiettivi che gli individui cercano di raggiungere attraverso questi sforzi regolatori (Kopp, 1989; Tamir, 2007). Tale capacità non è innata ma si modifica nel tempo, anche in base alle esperienze relazionali e alle opportunità di apprendimento emotivo che ogni individuo vive.

Quindi, la regolazione delle emozioni consiste nell'uso di strategie che hanno lo scopo di modificare esperienze emozionali troppo intense, siano esse positive che negative. Per riuscire a farlo è necessario innanzitutto essere in grado di

identificare cosa si prova, per poi avere chiaro cosa regolare. Tutto ciò significa imparare a differenziare le emozioni rilevanti da quelle che non lo sono, così da poter moderare l'intensità emotiva (Denham, 2007; Marchetti & Cavalli 2013).

In adolescenza, la competenza emotiva diventa un fattore cruciale per promuovere il benessere dell'individuo, grazie ai maggiori scambi sociali che si verificano in questa età (Lau, Ky Wu, 2012). Invece, in quelle situazioni in cui emerge una compromissione in una o più delle abilità strutturanti la competenza emotiva, si generano delle difficoltà emotive.

A proposito, è fondamentale anche specificare come sia difficile gestire e controllare le emozioni in particolare in questa fase della vita. Dal punto di vista evolutivo, le ricerche hanno evidenziato come il controllo delle emozioni e il conseguente sviluppo emotivo sia strettamente connesso con il processo di socializzazione ed espressione delle emozioni. Questo permette l'acquisizione di regole di manifestazione e della capacità di controllare l'interazione tra tendenza d'azione ed espressione (Zaummner, 1993). Infatti, si può definire la competenza emotiva come l'insieme di abilità necessarie per essere efficaci nelle interazioni sociali (Saarni, 2007). Ciò significa possedere la consapevolezza dei propri stati emotivi, il riconoscimento delle emozioni altrui, l'uso del linguaggio emotivo, l'empatia, il riconoscimento della distinzione tra emozione provata ed espressa esteriormente, le strategie di coping o fronteggiamento dell'emozione, la consapevolezza del ruolo della comunicazione emotiva nelle relazioni e l'autoefficacia emotiva (Marchetti & Cavalli, 2013).

Nel corso degli anni, diversi modelli hanno esaminato la regolazione emotiva e enfatizzato le strategie specifiche come adattive o disadattive, come potenziali fattori di rischio o protettivi nei confronti della psicopatologia (Aldao, 2010;

Naragon Gaaney, 2017). Secondo questi modelli, le strategie adattive portano la modifica attiva della propria interpretazione degli stimoli emotivi o l'affronto della causa alla base del disagio. Inoltre, sono associate a un miglior benessere dell'individuo, una riduzione della psicopatologia e un affetto positivo. Invece, le strategie maladattive causano tentativi inefficaci di regolare le emozioni, spesso provocando sintomi psicopatologici o affetti negativi (Gross, 2019).

Un altro modello importante che studia la regolazione emotiva è il modello introdotto da Gross e Thompson (2007). Esso ha permesso di individuare un processo regolatore costituito da cinque tipologie di fattori che riguardano sia i processi antecedenti e le conseguenze. Tra i primi si trovano quelli che si verificano immediatamente prima di un determinato comportamento, mentre nelle seconde tutto ciò che si verifica subito dopo un comportamento, relative ad una risposta comportamentale (Gross & Thompson, 2007).

Questi cinque elementi rappresentano “famiglie di processi di regolazione che si distinguono in base al momento in cui hanno il loro impatto primario sul processo di generazione delle emozioni” (Gross & Thompson, 2007).

La selezione della situazione è focalizzata sull'antecedente e prevede la scelta di azioni che aumentano la possibilità di ritrovarsi in situazioni che daranno origine a emozioni desiderate o meno. Tale processo richiede al soggetto di avere la capacità di comprendere le caratteristiche della situazione e in base a queste prevedere le risposte possibili e il bilancio dei benefici, ottenuti nell'immediato dall'azione scelta, e i costi a lungo termine.

La seconda categoria, la modificazione della situazione, è finalizzata ad alterare una situazione in corso: è una strategia focalizzata sulla conseguenza, ovvero l'uso di una strategia che consista nel guidare comportamenti e pensieri

mettendo l'attenzione sugli effetti finali di un'azione, piuttosto che sulle cause o emozioni immediate. Ciò permette di regolare l'emozione mettendo in atto azioni che mirano a modificare la situazione solitamente esterna poiché quella interna richiede una rivalutazione cognitiva.

Sia la selezione che la modifica della situazione permettono all'individuo di cambiarla. Invece, la terza categoria, rappresentata dai processi attentivi, propone un'altra strategia focalizzata sulla risposta: è possibile spostare l'attenzione su altri aspetti della situazione in corso, soprattutto quando c'è un alto livello di attivazione emotiva, permettendo così all'individuo di concentrarsi su altri aspetti del contesto. Alcuni esempi di processi attentivi sono la distrazione, che permette di dirigere l'attenzione su altri aspetti o di spostarla del tutto, e la concentrazione, che consente il reindirizzamento verso l'interno (Gross & Thompson, 2007).

La quarta categoria del modello è il cambiamento cognitivo. È considerata una strategia cognitiva tipicamente, ma non sempre, focalizzata sulla risposta. I cambiamenti cognitivi permettono di modificare la valutazione della situazione che influenzerà di conseguenza il significato emotivo. Infatti, una persona può considerare e utilizzare differenti interpretazioni prima, durante e dopo una situazione al fine di regolare le risposte emotive che possono essere sia di natura esterna che interna (Gross & Thompson, 2007).

La quinta e ultima categoria, suggerita da Gross e Thompson, è la modulazione della risposta, che si sviluppa dopo, nella sequenza, e si riferisce all'influenza sui livelli fisiologici, esperienziali o comportamentali e tipicamente richiede maggior impegno per riuscire a modificare la risposta emotiva (Gross & Thompson, 2007).

In conclusione, la regolazione implica il controllo dell'espressione delle emozioni intense, l'inibizione degli impulsi e rimandare la gratificazione ritardata: ma nell'adolescente le aree del cervello designate all'autoregolazione sono ancora in fase di maturazione (Gross & Thompson, 2007).

2.3.1 DALL'ATTACCAMENTO ALLA REGOLAZIONE EMOTIVA

La teoria dell'attaccamento ha l'obiettivo di spiegare il comportamento d'attaccamento come un sistema motivazionale che mantiene l'equilibrio grazie alla vicinanza e alla relazione con la figura di attaccamento, chiamata anche caregiver (Bowlby, 1989).

Le varie tipologie di stili di attaccamento sono state individuate da Ainsworth attraverso l'applicazione del protocollo della "Strange situation", che definisce lo stile sicuro, insicuro-evitante e insicuro ansioso-ambivalente. Tali definizioni emergono dall'osservazione dei comportamenti e delle reazioni emotive del bambino nei momenti di separazione e ricongiungimento dalla madre (Ainsworth, 1978).

L'attaccamento sicuro è caratterizzato da una figura di accudimento percepita come responsiva, affidabile e protettiva. Il caregiver è in grado di sintonizzarsi affettivamente permettendo così al bambino di sperimentare interazioni caratterizzate da sintonizzazione, de-sintonizzazione e risintonizzazione, mostrandosi capace di cogliere gli stati emotivi, sia positivi che negativi, e conseguentemente regolarli e validarli (Bowlby, 1989).

Invece, l'attaccamento insicuro-ambivalente è caratterizzato da una figura di attaccamento non sempre responsiva, imprevedibile che porta all'intensificazione

delle emozioni negative per attivare la vicinanza del caregiver. L'instabilità della sintonizzazione porta alla mancata regolazione dell'intensità emotiva (Bowlby, 1989).

L'attaccamento insicuro-evitante è caratterizzato da un caregiver poco sensibile e responsivo che ha portato ad esperienze relazionali di rifiuto e lontananza. Ciò influenza l'espressione e il riconoscimento delle emozioni negative che verranno di conseguenza minimizzate o inibite poiché non esprimibili all'interno della relazione (Bowlby, 1989).

Il concetto iniziale di attaccamento è stato maggiormente ampliato e migliorato dopo l'introduzione di nuovi temi emergenti come i processi affettivi basati sul corpo, la regolazione interattiva, la maturazione cerebrale dipendente dall'esperienza, lo stress e i cambiamenti relazionali. Tutti questi fattori, successivamente, hanno incentivato e trasformato la teoria dell'attaccamento in una teoria della regolazione (Shore & Shore, 2008). Tale idea si basa sull'idea che le esperienze di attaccamento cambiano l'organizzazione precoce dell'emisfero destro del cervello, ovvero il nucleo neurobiologico dell'inconscio umano.

A proposito di neurobiologia, i progressi in questo campo hanno alimentato l'idea che le caratteristiche dell'attaccamento sono fondamentali per lo sviluppo dell'emisfero destro e di tutte quelle regioni deputate all'elaborazione delle emozioni, alla modulazione dello stress, all'autoregolazione, distanziandosi dalla teoria dell'attaccamento basata sull'affetto verso una teoria della regolazione (Thorberg, Fred & Lyvers, 2010).

Inoltre, il legame di attaccamento si struttura sulla sintonizzazione affettiva tra caregiver e bambino: all'interno dello scambio dinamico, gli stati emotivi vengono

intercettati e regolati dalla figura di riferimento (Thorberg, Fred & Lyvers, 2010). All'interno della coppia, il caregiver co-regola il sistema nervoso centrale e quello autonomo. I processi regolatori della sintonizzazione affettiva distinguibili in risonanza affettiva, quando gli stati vitali sono amplificati, e riparazione interattiva, quando sono modulati gli stati negativi, costituiscono le basi dell'attaccamento e dell'emozione (Thorberg, Fred & Lyvers, 2010).

L'emozione inizialmente etero-regolata, parallelamente allo sviluppo neurofisiologico, si trasforma, grazie alle interazioni con l'altro che strutturano le capacità adattive utili per l'autoregolazione. La relazione di attaccamento è quindi un organizzatore dello sviluppo cerebrale, agisce da propulsore dello sviluppo e del mantenimento delle funzioni dell'emisfero destro (Shore & Shore, 2008).

La concettualizzazione della Teoria Polivagale suggerisce che l'evoluzione del sistema nervoso abbia generato le strutture fisiologiche necessarie per l'esperienza emotiva e i processi affettivi. Questa teoria crea un collegamento tra l'evoluzione e il ventaglio di espressioni emotive, la qualità della comunicazione e le capacità regolatorie dello stato corporeo e comportamentale (Porges, 2001; Siegel, 2021). Quanto sopra descritto, riporta all'influenza delle interazioni della relazione d'attaccamento sullo sviluppo cerebrale: la sintonizzazione affettiva, dell'attaccamento sicuro, centrata sulla condivisione di stati affettivi piacevoli incentiva un alto livello di attivazione e sviluppo del sistema simpatico e un buon tono di base del sistema nervoso autonomo grazie al quale si sviluppa la capacità di tollerare alti livelli di intensità emotiva.

Nelle situazioni di elevata attivazione se fa seguito, un'azione riparativa e ripetuta del caregiver, si stimola e sviluppa la capacità della corteccia prefrontale di modulare intensi stati di attivazione e ristabilire la sintonia (Siegel, 2021).

Livelli deficitari della sintonizzazione affettiva portano ad un'eccessiva attivazione del sistema parasimpatico e tali esperienze impattano sulle capacità di espressione affettiva e sull'accesso delle emozioni alla coscienza. Inoltre, l'incostanza della sintonizzazione e della riparazione, comportano un'inefficace modulazione degli stati di attivazione generati da un mancato riconoscimento degli stati emotivi del bambino. Si genera quindi uno stato eccessivo di con conseguente eccessiva attivazione del sistema simpatico non riequilibrato dal sistema parasimpatico (Siegel, 2021).

Dopo aver descritto il ruolo centrale delle emozioni nell'autolesionismo non suicidario in adolescenza e i suoi principali modelli di regolazione emotiva, un ruolo importante è anche ricoperto dalle condizioni in cui tali processi possono risultare compromessi, dando origine alla disregolazione emotiva.

2.4 LA DISREGOLAZIONE EMOTIVA

Nonostante le definizioni relative alla disregolazione emotiva siano diverse e negli anni è stato difficile arrivare a una definizione univoca (D'Agostino & Covanti, 2017). Essa può essere definita come un costrutto che coinvolge diverse difficoltà, ad esempio l'incapacità di riconoscere sia le proprie emozioni che quelle altrui, una ridotta consapevolezza e accettazione delle emozioni, difficoltà nella gestione di esse e dei comportamenti associati e l'incapacità di modulare l'intensità e la durata delle esperienze emotive (Gratz & Roemer, 2004).

Perciò, la disregolazione emotiva si differenzia dalla regolazione emotiva: la prima implica un utilizzo inappropriato o disfunzionale delle strategie di

regolazione, mentre quest'ultima si configura come l'assenza di queste strategie (D' Agostino & Covanti, 2017).

Ad esempio, per Gross e Jazieri (2014) il concetto di disregolazione descrive un fallimento, cioè una mancata regolazione oppure una tipologia non adeguata al contesto (Lames, Gross & Jazieri, 2014).

Analogamente, Cole e Hall hanno evidenziato che la disregolazione emotiva è caratterizzata da fattori come l'inefficacia dei tentativi di regolazione emotiva, l'interferenza delle emozioni con comportamenti appropriati, le emozioni espresse o vissute come fuori contesto e le variazioni emotive che si verificano troppo bruscamente o troppo lentamente (Cole, Hall & Hajal, 2017).

A proposito, la disregolazione emotiva viene approfondita anche nel The DynAffect Model. Quest'ultimo è un modello teorico relativo alla disregolazione emotiva che unisce elementi provenienti dalla scienza affettiva di base con elementi della teoria biosociale del disturbo borderline di personalità. Secondo questi autori la disregolazione emotiva si riferisce a tre processi fondamentali: una base affettiva negativa che si riferisce allo stato affettivo di base di un individuo; alti livelli di variabilità affettiva che si riferiscono alla quantità di cambiamenti della base affettiva per rispondere agli eventi interni o esterni che la richiedono; bassi livelli di forza attrattiva o ritorno alla base (si intendono bassi i processi regolatori che riportano l'affetto fondamentale alla sua base affettiva) (D' Agostino & Covanti, 2017).

Invece, la teoria biosociale di Linehan sostiene che la disregolazione emotiva sia l'incapacità di regolare o normalizzare le emozioni, nonostante i tentativi, stimoli, esperienze, azioni e risposte dell'individuo e dell'ambiente circostante. Questa difficoltà si caratterizza per un eccesso di esperienze emotivamente forti,

difficoltà a controllare intensi stati di attivazione, alterazioni cognitive e carenze nella gestione delle informazioni, insufficiente controllo degli impulsi comportamentali attivati da forti sentimenti sia negativi che positivi, difficoltà a raggiungere obiettivi se presente uno stato di attivazione emotiva che diventa invalidante (You, Ren, Zhang, Wu, Xu & Lin, 2018).

Gli autori D'agostino e Covati definiscono la disregolazione come un uso rigido e disadattivo delle normali strategie di regolazione o l'incapacità di scegliere la strategia più adeguata a raggiungere l'obiettivo prefissato. Inoltre, essi identificano un modello multidimensionale della disregolazione costituito da cinque elementi: la diminuzione di consapevolezza emotiva (limitata capacità di identificare ed etichettare le esperienze emotive), inadeguata reattività emotiva (tendenza a reagire in modo inadeguato alle emozioni intense), esperienza ed espressione intensa delle emozioni, rigidità emotiva (che influenza l'adattabilità e flessibilità della risposta emotiva, l'uso appropriato delle emozioni che consentono un adattamento efficace al contesto) e difficoltà nella rivalutazione emotiva dovute a difficoltà cognitive (D' Agostino & Covanti, 2017).

2.4.1 LA RELAZIONE TRA DISREGOLAZIONE E AUTOLESIONISMO

Innanzitutto, bisogna evidenziare che la disregolazione delle emozioni costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'adozione di comportamenti autolesionisti. Ciò è confermato dalla forte correlazione tra le dimensioni della disregolazione emotiva e l'autolesionismo (You, Ren, Zhang, Wu, Xu & Lin, 2018). La sua funzione in questi casi sta a significare che questo comportamento

è mantenuto fisiologicamente e psicologicamente come una strategia di regolazione delle emozioni efficace ma disadattiva (Andover & Morris, 2014).

L'autolesionismo è associato a una funzione di regolazione emotiva e a una disregolazione di tratto tra le persone autolesioniste (Andover & Morris, 2014).

Spesso, per studiare la relazione tra soggetti che mettono in atto comportamenti autolesionisti e la disregolazione delle loro emozioni, viene utilizzato uno strumento: è il DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) ideato da Gratz e Roemer nel 2004. Consiste in una misura di autovalutazione che indaga le dimensioni specifiche delle disregolazione delle emozioni, come la non accettazione delle risposte emotive, la mancanza di consapevolezza emotiva e di chiarezza emotiva, la difficoltà nel controllo degli impulsi, le difficoltà nell'uso di comportamenti finalizzati ad un obiettivo, accesso limitato a strategie efficaci di regolazione. Inoltre, questa scala permette di studiare le differenze individuali nella capacità di identificare, accettare e gestire le esperienze emotive facilitando in modo che la comprensione dei disturbi alla base della disregolazione emotiva (Lausi, Quaglieri, Burrai, Mari & Giannini, 2020). Dall'uso di questo strumento è emerso in modo affidabile un'elevata disregolazione emotiva nei soggetti che praticano autolesionismo (Andover & Morris, 2014).

Inoltre, la relazione tra autolesionismo non suicidario e disregolazione delle emozioni viene spesso studiata da alcuni modelli teorici (You, Ren, Zhang, Wu, Xu & Lin, 2018).

Ad esempio, Nock e Prinstein (2004) propongono il Modello a Quattro Funzioni, secondo cui l'autolesionismo non suicidario svolge una funzione di regolazione emotiva e può essere studiato in base a quattro diversi processi funzionali. Come spiegato nel capitolo precedente, questi si organizzano lungo

due dimensioni dicotomiche: il tipo di rinforzo (positivo e negativo) e il livello delle conseguenze (intrapersonali e interpersonali). In particolare, questo modello spiega perché e in che modo diversi fattori contribuiscono all'autolesionismo, evidenziando soprattutto che questo comportamento può funzionare come uno strumento per regolare le emozioni, i processi cognitivi, le esperienze vissute dall'individuo e la comunicazione con gli altri (Nock & Prinstein, 2004). Infatti, questi quattro fattori consentono di regolare l'emozione attraverso la loro combinazione: il rinforzo intrapersonale se positivo consente di provare un'emozione se negativo allevia l'emozione; il rinforzo interpersonale se positivo attira l'attenzione dell'altro, se negativo consente di evitare conseguenze negative (You, Ren, Zhang, Wu, Xu & Lin, 2018).

Un ulteriore modello che mette in evidenza come la disregolazione influisce sul comportamento autolesivo è il modello di evitamento esperienziale di Chapman e Gratz (2006). Secondo questi autori, si teorizza che i soggetti utilizzano comportamenti autolesivi per far fronte a esperienze potenzialmente negative e le situazioni che le provocano (You, Ren, Zhang, Wu, Xu & Lin, 2018). Nello specifico, secondo questo modello esiste un meccanismo intrinseco relativo alla comparsa, al mantenimento e allo sviluppo dell'evitamento esperienziale. L'uso errato delle strategie di soppressione espressiva nella regolazione delle emozioni è quindi un fattore di rischio importante per la formazione di questo concetto. Perciò, per gli individui che mettono in atto comportamenti autolesionistici tutto ciò rappresenta un fattore di rischio. Il modello, inoltre, approfondisce come il mantenimento e lo sviluppo dell'evitamento esperienziale sono rafforzati dalle conseguenze negative che esso ha sul contesto, sull'attenzione, sulla cognizione e sulla risposta emotiva.

Per questo, l'evitamento esperienziale è estremamente complesso poiché modifica l'intero processo di regolazione delle emozioni offrendo anche maggiori opportunità e modalità di intervento mirati proprio all'evitamento esperienziale (Wang, Tian & Yang, 2024).

Inoltre, anche il modello biosociale di Linehan ha avuto un ruolo importante per studiare il comportamento autolesionistico e la disregolazione emotiva (Andover & Morris, 2014). Questa teoria ipotizza che la disregolazione, originata dall'interazione di basi biologiche e ambiente invalidante, sia causa dell'adozione di comportamenti autolesivi (You, Ren, Zhang, Wu, Xu & Lin, 2018).

Selby e Joiner (2013) spiegano attraverso il modello a cascata emotiva come i soggetti gestiscono le emozioni negative intense attraverso la ruminazione che tende però ad amplificare l'intensità emotiva negativa. Ne consegue che per fronteggiare l'intensità emotiva l'uso di comportamenti autolesivi interrompe il circolo di emozioni negative. Tale meccanismo mette in luce che i soggetti che mettono in atto agiti autolesivi sono caratterizzati da: elevata reattività emotiva, difficoltà a tollerare gli stati emotivi negativi, accedere a strategie regolative, controllare gli impulsi (You, Ren, Zhang, Wu, Xu & Lin, 2018).

Inoltre, il modello di regolazione delle emozioni di Gross (Gross & Thompson, 2007) spiega l'autolesionismo come una strategia di modulazione della risposta ed evidenzia un deficit nella capacità di regolare le emozioni in modo adattivo.

In conclusione, l'autolesionismo non suicidario rivela avere anche una funzione di regolazione cognitiva attribuendo ai comportamenti agiti una strategia di modulazione della risposta e di processo di attribuzione: ciò è supportato dalle dichiarazioni degli adolescenti che riferiscono che il comportamento li distrae dai pensieri indesiderati. In questo caso, l'elaborazione cognitiva, seppur più bassa,

aumenta invece a causa di uno stimolo doloroso suggerendo una disfunzione nel processo di valutazione (Andover & Morris, 2014).

Quindi, le difficoltà nella regolazione delle emozioni si manifestano spesso attraverso il corpo, perciò è fondamentale studiare il significato e il ruolo che esso assume all'interno dell'autolesionismo non suicidario, in particolare nella fase dell'adolescenza.

In conclusione, da quanto emerso, si può sostenere che la disregolazione emotiva sia uno dei fattori principali di vulnerabilità per sviluppare comportamenti e agiti legati all'autolesionismo.

CAPITOLO 3

IL CORPO COME REGOLATORE EMOTIVO

3.1 IL CORPO DELL'ADOLESCENTE: TRASFORMAZIONI CORPOREE E RICERCA DELL'IDENTITÀ'

Nel periodo dell'adolescenza, ciascun individuo vive delle trasformazioni fisiche e psicologiche che ridefiniscono l'identità, segnando il passaggio dall'infanzia all'età adulta. Inoltre, anche la maturazione sessuale di questo periodo induce cambiamenti che investono l'immagine di sé e il senso d'identità (Montenero, 2014).

Lo sviluppo del Sé, in questa fase, avviene nel corpo perché i cambiamenti puberali comportano una ricostruzione dell'immagine infantile, fonte di continuità e sicurezza. Inoltre, rendono il corpo uno strumento basilare del rapporto con l'altro che richiede una ristrutturazione dei legami di attaccamento parallelamente alle modificazioni corporee specifiche di questa fase (Montenero, 2014).

Quindi l'adolescenza fa mettere in discussione le certezze infantili, gli schemi corporei acquisiti fino allora, la sperimentazione di sofferenza e i vissuti di colpa, generati dall'opposizione tra il desiderio di autonomia e quello di indipendenza (Lo Baido, 2001).

Gli schemi del corpo, vissuti fino a questo momento come rassicuranti e stabili, si trasformano creando differenze che diventano fonte di confronto e di possibili sentimenti di angoscia e preoccupazione. Questi poi si collegano soprattutto con le parti del corpo più investite di significati sociali e investimenti psicologici (Lo Baido, 2001).

Quindi, il rapporto tra stabilità e cambiamento causa la ridefinizione dell'identità (Lo Baido, 2001), attivando un processo di formazione di questa che si declina lungo tutto l'arco della vita ma che vede come momento principale l'adolescenza (Ramen & Claes 2022).

Erikson (1968) descrive la formazione dell'identità, compito evolutivo centrale, come una crisi d'identità che può svilupparsi in due modi distinti: in un insieme coerente con scopi precisi o in uno stato di confusione identitaria senza scopo (Ramen & Claes 2022).

Inoltre, secondo l'autore la struttura identitaria è costituita da un senso di uguaglianza e continuità nel tempo e nei vari contesti: le domande della crisi identitaria possono generare confusione che, se risolta positivamente, porta allo sviluppo di un senso di continuità e all'identificazione con valori e obiettivi che si integreranno come sintesi dell'identità (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes 2020).

Il senso di confusione e disagio fa parte del processo identitario: se le temporanee preoccupazioni si risolvono in modo positivo, andranno a costituire un funzionamento sano dell'identità con il suo consolidamento, in caso contrario si potrà sviluppare un disturbo dell'identità caratterizzato dalla mancanza di essa e conseguente confusione (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes, 2020).

In questa fase, dunque, lo scopo principale è quello di acquisire un'identità: un lo in grado di portare a compimento un impegno preso e scelto perché aderente ai propri interessi, valori e talenti così da risolvere il dilemma tra identità e diffusione dell'identità. Una risoluzione positiva di tale processo consentirà la costruzione di un 'identità basata su un sé definito, coerente e differenziato dall'altro ed esperirà una sensazione di benessere. L'insuccesso di tale processo

porterà ad un'alternanza di identificazioni senza investire stabilmente su una (Polmonari & Pojaghi, 2009).

Sulla base delle teorizzazioni di Erikson, Marcia (1966) delinea il modello operativo degli stati d'identità attraverso cui definisce le variabili che permettono di comprendere come avviene lo sviluppo dell'identità (Ramen & Claes 2022; Polmonari & Pojaghi, 2009).

Il modello individua due variabili su cui si muove il processo identitario:

- l'esplorazione: consiste nella valutazione e scelta tra varie alternative identitarie per quella che meglio rappresenta i valori, obiettivi e atteggiamenti di riferimento dell'individuo. L'esito positivo porta all'impegno verso un obiettivo, mentre quello negativo comporta l'abbandono e l'assenza di un fine da perseguire;

- l'impegno: comporta nell'aderire ad una scelta identitaria che costituirà il fine del comportamento. In sua assenza, di contro si avrà un comportamento afinalistico (Ramen & Claes 2022; Polmonari & Pojaghi, 2009).

Di conseguenza, la combinazione delle due variabili determina quattro possibili stati dell'identità definiti dal livello di coinvolgimento nell'esplorazione e nell'impegno (Ramen & Claes, 2022): lo stato di acquisizione dell'identità, che si distingue per alti livelli di esplorazione e impegno; lo stato di moratorium che è caratterizzato da alti livelli di esplorazione ma bassi d'impegno; lo stato di blocco dell'identità in cui si rilevano alti livelli d'impegno in ambiti familiari senza l'esplorazione delle altre alternative possibili e lo stato di diffusione dell'identità che si distingue per un'esplorazione superficiale delle varie possibilità e l'assenza di investimento su specifici obiettivi (Polmonari & Pojaghi, 2009).

Successivamente sono state sviluppate teorizzazioni che puntavano a spiegare la dinamica che determina la formazione dell'identità (Polmonari & Pojaghi, 2009).

Luyckx e i colleghi (2008) delineano il modello dinamico di identità orientato al processo che sancisce l'inizio della ricerca dell'identità attraverso l'esplorazione in ampiezza delle alternative identitarie seguita da un'assunzione d'impegno. Attraverso un'esplorazione approfondita, che consente una valutazione accurata delle possibilità, si arriva ad una vera identificazione con gli impegni intrapresi oppure ad una rivalutazione, se tale identificazione non avviene. (Ramen & Claes, 2022).

Allo scopo di cogliere la dinamica sottostante la formazione e revisione dell'identità, Mesus e Crocetti (2014) propongono un modello a tre fattori che descrive l'identità come un processo dinamico che si fonda su: l'impegno, che fa riferimento alle scelte identitarie, alla fiducia in se stessi generata da queste scelte e alla misura in cui i soggetti si identificano con tali scelte; l'esplorazione in profondità, che rappresenta il modo in cui il soggetto vive l'impegno preso in termini di impegno costante e la riconsiderazione dell'impegno, che comporta un confronto con gli impegni presi e altri possibili, come alternativa mossa dall'insoddisfazione data da quelli attuali (Polmonari & Pojaghi, 2009; Confalonieri & Grazzani, 2021).

Inoltre, il corpo acquista una forte valenza che lo rende un aspetto centrale dell'identità, determinando la percezione della propria in relazione al proprio corpo (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes, 2020).

Questi due aspetti adolescenziali non sono solo paralleli ma interconnessi tra loro per cui aspetti dell'immagine corporea influenzeranno lo sviluppo dell'identità

e viceversa. Uno dei fattori che maggiormente influisce è il confronto con gli ideali del corpo: tale confronto con ideali irrealistici, spesso rinforzati dal contesto socioculturale, porta a generare un'immagine corporea negativa (Ramen & Claes, 2022).

La maggiore attenzione all'aspetto fisico conduce ad un'inevitabile discrepanza tra immagine corporea ideale e reale a cui, data l'irraggiungibilità, consegnerà un forte senso di insoddisfazione corporea che avrà un'influenza negativa (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes, 2020).

L'immagine corporea, se negativa, è caratterizzata da una sovrastima o sottostima del corpo, se positiva invece sarà caratterizzata da accettazione del corpo nonostante le imperfezioni. Ciò determina di conseguenza le caratteristiche dell'influenza del corpo quando viene utilizzato per ricavare un senso d'identità (Ramen & Claes, 2022).

In generale, l'immagine corporea è definita come l'insieme degli aspetti psicologici relativi al corpo, dei pensieri, sentimenti e atteggiamenti nei confronti di esso. L'autostima corporea è un aspetto importante dell'immagine corporea, che corrisponde all'aspetto esteriore della persona e quindi è strettamente connessa all'identità personale. Quest'ultima si sviluppa su tre tipologie dell'autostima corporea: per l'aspetto, per il peso e per attribuzione che comportano atteggiamenti e sentimenti distinti (Nelson, Kling, Wangqvist, Frisén & Syed, 2018).

L'identità e l'autostima si sviluppano in interazione con il contesto socioculturale di riferimento e ciò determina che messaggi di un ideale estetico di perfezione abbia potenziali effetti negativi che possono generare comportamenti dannosi per l'individuo (Nelson, Kling, Wangqvist, Frisén & Syed,

2018). Infatti, un'immagine corporea negativa è associata ad un disagio identitario e di contro un'immagine corporea positiva si lega a uno sviluppo identitario maggiormente stabile e positivo (Nelson, Kling, Wangqvist, Frisén & Syed, 2018).

L'immagine corporea, come l'identità, è fortemente associata al funzionamento psicologico e ne deriva che l'insoddisfazione corporea sarà fonte, in particolare in adolescenza, di sentimenti negativi che determineranno la qualità e la direzione dello sviluppo dell'identità e del funzionamento psicologico (Nelson, Kling, Wangqvist, Frisén & Syed, 2018).

Lo sviluppo della stima corporea, dell'identità e il funzionamento psicologico sono interconnessi tra loro: ciò vuol dire che i livelli, positivi o negativi, di uno di questi aspetti determinano quelli degli altri. Nello specifico, alti livelli di stima comportano una maggiore coerenza d'identità e un alto funzionamento psicologico, che a loro volta impattano sui processi legati al corpo. Al contrario, un peggioramento di questi aspetti impatta negativamente, soprattutto in adolescenza, sullo sviluppo dell'identità, impedendo un buon funzionamento psicologico che si può manifestare con un forte disagio identitario e difficoltà a concettualizzare positivamente il corpo (Nelson, Kling, Wangqvist, Frisén & Syed, 2018).

In quest'ultimo caso, l'insoddisfazione corporea può costituirsi come mediatore delle difficoltà nella formazione dell'identità come concettualizza la Teoria dell'incarnazione di Piran (2016). Secondo questa teoria è fondamentale la connessione tra corpo e Sé: sviluppare una connessione mente-corpo consente di provare sensazioni di benessere legate al corpo. Invece, in situazioni contrarie si proveranno sensazioni di disagio con percezione del corpo separato

dal Sé (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes, 2020). Tutto ciò può tradursi in sentimenti negativi verso il corpo che saranno il motore di desideri di controllo o manipolazione di esso. Ciò vuol dire che attraverso il corpo si trasmette il proprio senso d'identità e di contro il modo in cui viene percepito quest'ultimo può condizionare la formazione dell'identità (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes, 2020).

Altri autori hanno indagato il rapporto tra identità e immagine corporea: Kamps e Berman (2011) evidenziano una correlazione positiva fra immagine corporea negativa e identità mentre Verschueren e colleghi (2018) verificano come la confusione identitaria consenta di predire una forma di insoddisfazione corporea e viceversa: la sintesi identitaria consente di attenuare gli effetti di un'immagine corporea negativa (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes, 2020).

Anche Erikson (1968) afferma che un'identificazione positiva con il proprio corpo, quale parte integrante della propria identità, fa sperimentare la sensazione di sentirsi a casa nel proprio corpo. L'interiorizzazione dell'ideale corporeo determina la direzione del rapporto tra corpo e identità: un senso di Sé confuso spinge l'individuo a cercare all'esterno ideali per definire sé stesso (Palmeroni, Luyckx, Verschueren & Claes, 2020).

3.1.1 LO SVILUPPO DEL SE'

Lo sviluppo del Sé, in questa fase, è inscritto nel corpo perché i cambiamenti puberali inducono una ricostruzione dell'immagine infantile, fonte di continuità e sicurezza, e rendono il corpo strumento elettivo del rapporto con l'altro che

richiede una ristrutturazione dei legami di attaccamento parallelamente alle modificazioni corporee specifiche di questa fase (Montenero, 2014).

Gli schemi del corpo, vissuti fino a questo momento come rassicuranti e stabili, si trasformano generando differenze, fonti di confronto, e possibili sentimenti di angoscia e preoccupazione. Questi ultimi si collegano soprattutto con le parti del corpo più investite di significati sociali e investimenti psicologici (Lo Baido, 2001).

L'io, attraverso il corpo come canale relazionale, si ridefinisce stimolato dalle sensazioni corporee e dall'esperienza relazionale con le figure di riferimento: è percepito come il mezzo che permette di entrare in relazione con l'altro (Montenero, 2014).

In questa fase, il corpo è percepito con una modalità duale, per metà come parte di Sé e per metà come qualcosa di esterno, generando una dualità del tipo essere o avere un corpo. Tutto questo implica la necessità di un processo di elaborazione dell'identità corporea che se non positivo pone le premesse affinché il corpo possa divenire sede delle problematiche adolescenziali (Montenero, 2014).

La costruzione del senso di Sé in adolescenza muove azioni finalizzate alla ricerca di sensazioni ed esperienze nuove, che in linea con i cambiamenti caratteristici di questa fase, portano ad una graduale acquisizione di rappresentazioni di Sé evolute (Montenero, 2014).

Le diverse rappresentazioni di Sé dell'adolescente nascono da percezioni di stati del Sé e ad autorappresentazioni che sintetizzano le aspettative delle figure

di riferimento. Se quest'ultime vengono interiorizzate, guideranno gli ideali dell'adolescente (Ferguson, Hafen & Laursen, 2010).

Spesso, le rappresentazioni di Sé sono soggette a discrepanze generate dal confronto tra il Sé ideale e quello reale che possono impattare sull'autostima con conseguenze emotive negative, che si assoceranno poi prevalentemente ad una minore autostima e a problemi di sentimenti negativi. Queste differenze sono quindi potenziali predittori di equilibri negativi (Ferguson, Hafen & Laursen, 2010). Le angosce che si sviluppano a causa di queste differenze sono evidenziate da una maggiore consapevolezza di sé che si combina con la difficoltà ad integrare tali divergenze in un quadro identitario coerente. Una maggiore consapevolezza delle discrepanze come fonte di disagio arriva gradualmente, seguita poi dallo sviluppo di strategie per farvi fronte così da poter affrontare le emozioni negative associate alle discrepanze tra il sé ideale e quello reale (Ferguson, Hafen & Laursen, 2010).

Inoltre, la vulnerabilità a tali discrepanze è anche influenzata dal processo di formazione dell'identità, tipico del periodo adolescenziale (Ferguson, Hafen & Laursen, 2010).

3.2 IL CORPO NELL'AUTOLESIONISMO

Quando si studia l'autolesionismo, è necessario citare il ruolo dell'immagine corporea in quanto è un fattore fondamentale per comprendere rischio e sviluppo di questi comportamenti annessi (Muehlenkamp & Brausch, 2012). Ad esempio, Walsh (2006) osserva che il rapporto con il proprio corpo gioca un ruolo

fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento del comportamento autolesivo (Oktan, 2017).

Infatti, l'autolesionismo è un comportamento basato anche sul corpo: il modo in cui l'individuo considera il corpo può determinare tale comportamento grazie all'effetto che esercita su altri fattori di rischio (Kaylee, Kruzan, Muehlenkamp & Claes, 2022). Uno di questi è un'identità instabile che, insieme ad altri elementi come bassa chiarezza del concetto di Sé, esperienze e atteggiamenti verso il corpo, può favorire o meno comportamenti autolesivi (Kaylee, Kruzan, Muehlenkamp & Claes, 2022).

L'immagine corporea e l'identità, in particolare il disagio identitario, sono in relazione tra loro poiché quest'ultimo costituisce un predittore della valutazione e della soddisfazione per il proprio corpo. L'immagine corporea, intesa come l'insieme delle esperienze che le persone hanno del proprio corpo, comprende due aspetti importanti: la valutazione, ovvero la soddisfazione corporea, e l'investimento, ovvero l'importanza psicologica che si conferisce al proprio aspetto. Questi due aspetti si collegano all'autostima perché definiscono il valore che il soggetto attribuisce a sé stesso (Kamps & Berman, 2011). Invece, la chiarezza del concetto di Sé, oltre a essere connessa con l'autostima, lo è anche con la percezione di Sé. Il suo livello di sviluppo influisce in modo positivo o negativo sulla stabilità delle convinzioni personali associandosi così a una bassa autostima e a una riduzione della certezza di sé che rendono il soggetto maggiormente vulnerabile (Kaylee, Kruzan, Muehlenkamp & Claes, 2022).

Gli autori Lear e Pepper (2016) identificano come un livello basso di chiarezza di Sé determini i livelli di gravità del comportamento autolesionistico e la sua influenza nella relazione tra disregolazione emotiva e autolesionismo. Tali

considerazioni dimostrano come un senso di Sé stabile sia un aspetto determinante nello sviluppo dell'autolesionismo perché, in base alle sue caratteristiche, amplifica o attutisce, fattori di rischio preesistenti (Kaylee, Kruzan, Muehlenkamp & Claes, 2022).

Inoltre, è considerata determinante anche la relazione tra autocritica e autolesionismo poiché questa alimenta l'autopunizione: quest'ultima rappresenta una delle principali funzioni del comportamento autolesivo. L'autocritica, combinata agli altri fattori, può aumentare il rischio di adottare questo comportamento che, seppur disadattivo, assolve ad una funzione autopunitiva percepita come gratificante dall'individuo praticante (Kaylee, Kruzan, Muehlenkamp & Claes, 2022).

Anche atteggiamenti ed esperienze corporee negative, se aggiunte a difficoltà identitarie, possono mettere in relazione i diversi fattori di rischio e determinare la scelta del corpo come strumento per affrontare la confusione identitaria o pensieri colpevolizzanti (Kaylee, Kruzan, Muehlenkamp & Claes, 2022).

L'immagine corporea negativa diventa un facilitatore del comportamento autolesivo tramite l'atteggiamento non curante verso il corpo e una maggiore tolleranza al dolore. Tutto ciò può favorire lo sviluppo della tolleranza al dolore in quanto il soggetto vede il proprio corpo come se fosse separato da se stesso, rendendolo oggetto di comunicazione e manifestazione del proprio disagio interiore (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

La soglia di tolleranza al dolore e la sensibilità ai processi interni corporei costituiscono dei segnali che attivano comportamenti protettivi verso sé stessi dalle minacce percepite. Eventi traumatici fisici o mentali possono alterare tale sensibilità causando un'alterazione negli atteggiamenti ed esperienze corporee.

Tali cambiamenti predispongono il soggetto ad una minore sensibilità al dolore fisico e alle sensazioni corporee negative rendendolo maggiormente incline ad attaccare il corpo in situazioni di stress emotivo o sentimenti negativi (Orbach, Stein, Shani-Sela & Har-Even, 2001).

Secondo Orbach (1996) l'insoddisfazione corporea, generando disprezzo per il proprio corpo, determina sentimenti di distacco che, se estremizzati, possono divenire veri e propri stati dissociativi (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

Sempre secondo l'autore (Orbach, 1994) la dissociazione ha lo scopo iniziale di difendere dal dolore mentale, causato da un trauma emotivo o fisico, percepito dall'individuo come intollerabile e può trasformarsi in una forma di distacco dal corpo. Ne consegue una diminuzione della sensibilità alle esperienze corporee distorte che può facilitare così l'autolesionismo (Orbach, Stein, Shani-Sela & Har-Even, 2001).

Quindi, gli atteggiamenti verso il corpo possono costituire potenziali fattori di rischio per l'autolesionismo a causa dell'impatto che l'immagine corporea negativa ha di farlo considerare come un oggetto separato che lo rende più facilmente bersaglio di attacco nelle situazioni di disagio interno. In questo modo, considerare il corpo come un oggetto aumenta la probabilità di sperimentare insoddisfazione corporea e disconnessione dalle esperienze interne (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

Inoltre, il legame tra autostima e immagine corporea in adolescenza permette che questo si ponga come un facilitatore per la messa in atto di comportamenti autolesivi grazie anche all'indifferenza per il corpo e la maggiore tolleranza al dolore (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

In conclusione, il modo in cui si percepisce il corpo in adolescenza, all'interno di un quadro di disagio emotivo, potrebbe ulteriormente chiarire il legame tra disregolazione e autolesionismo avendo un ruolo di mediatore tra quest'ultimo e gli affetti negativi (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

3.2.1 GLI ATTACCHI AL CORPO

I cambiamenti corporei attivati dal periodo della pubertà irrompono nella vita dell'adolescente e mettono in discussione la stabile e infantile immagine di sé: tutto ciò è difficile da comprendere e non sono facilmente controllabili per lui (Confalonieri & Grazzani, 2021).

Inoltre, il processo di revisione dell'immagine corporea del Sé comporta sentimenti di inquietudine e incertezza per come e cosa porterà tale processo di cambiamento. Di conseguenza, la rappresentazione di Sé, del proprio corpo, carica di aspettative e desideri, porta connotazioni affettive e aspetti di forte vulnerabilità (Confalonieri & Grazzani, 2021).

L'adolescente si trova in una situazione in cui deve far fronte a sensazioni nuove rivolte al proprio corpo, che possono essere piacevoli, emozionanti e a volte intrusive e spaventose; talvolta, queste necessitano di essere modulate e integrate (Nicolò & Ruggiero, 2016).

L'equilibrio tra queste nuove esperienze e sensazioni è fondamentale per l'organizzazione e riorganizzazione della mente, specifica di questo periodo (Nicolò & Ruggiero, 2016).

A questo proposito, Laufer (2002) differenzia i concetti di corpo in due modi distinti: come oggetto interno, che intende come corpo libidico che si basa sulle

esperienze relazionali con il caregiver, e come immagine corporea, che si costruisce sulle esperienze sensoriali. L'equilibrio tra questi due aspetti permette la creazione della visione del corpo come oggetto interno; in caso contrario, si potranno sviluppare sentimenti di rifiuto per il corpo in generale o per parti di esso (Nicolò & Ruggiero, 2016).

Gli stati emotivi e sensoriali che vive l'adolescente in questo periodo della sua vita necessitano di essere elaborati attraverso un processo, denominato mentalizzazione (Marcazzan & Baroni, 2024).

La mentalizzazione (Fonagy, 2016) consiste nella capacità di percepire e interpretare il comportamento umano come avente stati mentali intenzionali, ad esempio desideri, bisogni e sentimenti. Questa capacità permette di gestire le relazioni sociali, regolare le emozioni e mantenere un senso di sé consapevole e coerente (Malcorps, Vliegen & Luyten, 2025). La mentalizzazione è definibile attraverso quattro dimensioni (Luyten & Fonagy, 2015; Luyten, 2020):

- automatica o controllata: la prima è formata da processi rapidi, riflessivi e inconsci mentre la seconda prevede processi lenti che necessitano di sforzo attentivo e cosciente;

- rispetto a sé stessi o agli altri: la prima si concentra sulla comprensione del perché ci si sente in un certo modo, la seconda invece sul tentativo di prevedere azioni e stati mentali dell'altro;

- basata su caratteristiche esterne o interne: le prime comportano ipotesi basate su aspetti quali espressioni, gesti, postura mentre le seconde si basano sul dedurre stati mentali attraverso elementi contestuali;

- cognitiva o affettiva: si riferisce alla conoscenza cognitiva e all'input affettivo che vanno integrati (Malcorps, Vliegen & Luyten, 2025).

In particolare, una mentalizzazione adattiva è caratterizzata da un equilibrio tra le varie dimensioni che si modulano in base al contesto, di contro una mentalizzazione disfunzionale si polarizza in una di queste dimensioni (Malcorps, Vliegen & Luyten, 2025). Tale processo, in questa fase, risente delle trasformazioni psicobiologiche e delle funzioni della mente non ancora mature: il mancato compimento del processo di mentalizzazione può generare nell'adolescente stati di angoscia che possono sfociare in comportamenti autolesivi (Marcazzan & Baroni, 2024).

Secondo il modello della mentalizzazione (Allen, Fonagy & Bateman, 2008), è fondamentale la relazione tra il bambino e il caregiver in quanto consente di interiorizzare la capacità di mentalizzare (Marchetti, Bracaglia, Cavalli & Valle, 2013). Se ciò non si verifica, come nel caso di un attaccamento insicuro, la conseguenza sarà un'incapacità di riconoscere la propria interiorità mista a confusione, difficoltà di adattamento e attribuzione di pensieri ed emozioni negative e non gestibili (Marchetti, Bracaglia, Cavalli & Valle, 2013). In questa cornice agire sul corpo diviene un modo per gestire aspetti interiori vissuti come fuori controllo (Marchetti, Bracaglia, Cavalli & Valle, 2013).

Nello specifico, la mentalizzazione del corpo (Charmet, 2000) consiste nella capacità di integrare ed equilibrare la componente affettiva, ovvero i sentimenti ambivalenti, amore e odio, verso il corpo allo scopo di rappresentare a se stessi tali sentimenti come comprensibili e gestibili. L'adolescente percepirà una discordanza tra il corpo e la mente fino a che il corpo non sarà rappresentato e questo lo porterà ad una mancata comprensione degli stati corporei con una conseguente risposta errata ai rispettivi bisogni (Confalonieri & Grazzani, 2021).

Invece, l'integrazione tra mente e corpo consente di conquistare una rappresentazione mentale del corpo comprensibile e controllabile (Confalonieri & Grazzani, 2021).

La manifestazione del disagio adolescenziale attraverso attacchi al corpo evidenzia un rapporto mente-corpo in cui si iscrive il sintomo autolesionistico come un'integrazione carente dell'esperienza cognitiva e corporea che predispone il corpo ad essere attaccato. Affetti non mentalizzati o non elaborati diventano possibili contenuti da eliminare attraverso l'azione (Marcazzan & Baroni, 2024).

Inoltre, la difficile ridefinizione dell'identità amplifica la tendenza ad attaccarsi al corpo per affrontare tale sfida: agire consente di colmare la difficoltà di pensare, verbalizzare. Il corpo diviene così uno strumento, una fonte di sensazioni non rappresentato nella mente e nell'identità adolescente. Ciò favorisce la sua tendenza a prediligere le sensazioni che lo fanno sentire vivo (Nicolò & Ruggiero, 2016).

“Il corpo è metafora della mente, ne esprime funzioni, relazioni e fantasmi attraverso il linguaggio somatico, il corpo è luogo e teatro del conflitto e della psicopatologia” (Margherita & Gargiulo, 2015, pag. 146).

3.3 LA PELLE: SPAZIO DI CONFINE E DI RELAZIONE

Il ruolo centrale del corpo, nel processo di cambiamento tipico dell'adolescenza, rende più forte la tendenza ad attaccarlo attraverso agiti autolesivi per esprimere vissuti e rappresentazioni legate al corpo. Queste ferite segnalano e comunicano diverse difficoltà, come carenze nel processo di

mentalizzazione, difficoltà di integrazione mente-corpo e mancata valenza affettiva al corpo a causa di problematiche relazionali. I sentimenti di rabbia e frustrazione causati da un corpo uniti a un Sé considerato inadeguato, potranno trovare espressione attaccando la parte più visibile di esso: la pelle (Marcazzan & Baroni, 2024).

La pelle e il corpo, attraverso le ferite, sono utilizzati dall'adolescente per ridefinirsi e individuarsi fronteggiando così le difficoltà della creazione dell'identità, della regolazione degli stati emotivi intensi, non sempre rappresentabili, attraverso il canale corporeo, dove il dolore emotivo diviene fisico (Margherita & Gargiulo, 2015).

La pelle costituisce l'involucro sia dell'apparato psichico che del corpo (Anzieu, 1985). Inoltre, si pone come struttura di confine e di limite ma, al tempo stesso, come spazio di comunicazione con il mondo esterno (Castrucci, 2024).

In quest'ottica la pelle costituisce un sostegno identitario, superficie da incidere attraverso il gesto autolesivo per definirsi e riappropriarsi del proprio corpo trasformando la propria pelle ed esprimendo contenuti non rappresentabili in agiti corporei (Castrucci, 2024).

La pelle, grazie alle sensazioni che produce, viene interiorizzata come contenitore (Bick, 1968) dotato di capacità difensive, di confine tra interno ed esterno e terreno attraverso cui attribuire significato a contenuti non esprimibili in altro modo (Nicolò & Ruggiero, 2016).

I segni inflitti alla pelle consentono di sperimentare, sollecitare la funzione contenitiva e di sperimentare un senso di esistenza e di realtà in un corpo percepito come estraneo ed esterno (Nicolò & Ruggiero, 2016).

Quindi, il corpo diventa oggetto, fonte di sensazioni non integrato nella mente e perciò nella soggettività in via di costruzione dell'adolescente. Quest'ultimo si guarda come se fosse all'esterno di sé e come se ricoprisse le vesti di spettatore di sé stesso; l'adolescente si rende conto di esistere attraverso le sensazioni che prova, sulla superficie della pelle, vista dall'esterno o vissuta sul piano sensoriale (Nicolò & Ruggiero, 2016).

In conclusione, la sofferenza percepita come intollerabile, ma che non lascia segni sul corpo e che la rendono così comunicabile, rappresenta il fine dell'agito autolesivo, insieme alla regolazione emotiva immediata. Tramite il taglio sulla superficie cutanea, questa sofferenza diventa reale e consente all'adolescente di sentire, attraverso il dolore, il corpo non più estraneo e alieno. Di conseguenza il mondo interiore diventa corporeo e visibile, offrendosi all'altro come richiesta di essere visto (Mucci, 2018).

3.4 LE IMPLICAZIONI APPLICATIVE

Data la natura trasversale a differenti quadri disfunzionali, l'autolesionismo in adolescenza richiede un approccio interdisciplinare che prenda in considerazione il piano clinico, preventivo e educativo (American Psychiatric Association, 2022; Whitlock & Knox, 2007).

Dal punto di vista clinico è necessario, per raggiungere l'obiettivo del trattamento, un'attenta valutazione della regolazione del comportamento e delle caratteristiche della percezione del corpo, spesso vissuto come oggetto separato da Sé come spiegato nei paragrafi precedenti (Muehlenkamp & Brausch, 2012; Marcazzan & Baroni, 2024).

Nello specifico, l'obiettivo terapeutico è fondamentalmente quello di riattivare capacità riflessive e simboliche che rendano possibile la mentalizzazione degli stati emotivi e affettivi provati: come ansia, rabbia e angoscia. L'agito autolesivo ha quindi la funzione di scaricare attraverso il corpo emozioni e affetti non pensabili: perciò, attraverso l'indagine psicologica, è possibile individuare le caratteristiche del blocco evolutivo e degli eventi o stimoli che generano il comportamento. Nella pratica clinica, la capacità di sintonizzarsi con lo stato emotivo del soggetto è fondamentale poiché permette di promuovere e costruire la capacità di mentalizzare i propri stati interni rendendoli così pensabili e condivisibili (Marcazzan & Baroni, 2024).

Infatti, la terapia basata sulla mentalizzazione promuove una maggiore consapevolezza di agire sulla base di stati mentali: ciò favorisce una diminuzione dei comportamenti autolesivi (Ougrin, 2015).

Date le diverse funzioni dell'autolesionismo, l'intervento deve anche focalizzarsi sulle difficoltà di regolazione emotiva che sono alla base del comportamento autolesivo (Klonsky, 2007; Nock, 2010).

Sulla base di quanto descritto, si ritiene che l'applicazione clinica si orienti verso trattamenti utili a sviluppare strategie di gestione emotiva, come la Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 2015). Quest'ultima si è dimostrata particolarmente efficace in quanto permette la riduzione dei comportamenti autolesivi, il miglioramento della regolazione emotiva, della tolleranza alla sofferenza e della risoluzione efficace dei problemi (Ougrin, 2015).

Anche le strategie preventive sono fondamentali: esse devono intervenire per migliorare le relazioni tra gli adolescenti, favorendo la creazione di ambienti sicuri e non giudicanti in cui ciascuno possa esplorare e consolidare la propria

identità (Lo Baido, 2001). In questa cornice, la scuola, ad esempio, rappresenta un contesto privilegiato per la prevenzione: qui è possibile identificare in modo precoce i segnali di rischio. Perciò, è necessario creare dei protocolli d'intervento condivisi (Hawton, 2012).

Come spiegato nei capitoli precedenti, anche il contesto familiare ha un ruolo principale: la qualità delle relazioni e il supporto percepito costituiscono fattori protettivi. Al contrario, i conflitti e una scarsa comunicazione rappresentano dei potenti fattori di rischio (Nock, 2010). Infatti, un altro approccio da considerarsi all'interno di questo quadro è l'approccio sistemico-relazionale. Quest'ultimo permette di leggere il comportamento autolesivo non solo come espressione individuale di disagio, ma come fenomeno inserito in una rete di dinamiche interpersonali. Pertanto, tale intervento prevede il coinvolgimento attivo della famiglia nel percorso terapeutico, con interventi volti a migliorare la comunicazione, la validazione emotiva e le competenze genitoriali (Waals, 2018).

Anche la terapia multisistemica (MST) può essere efficace in questi casi: si basa sui vari sistemi di appartenenza dell'adolescente e della famiglia. Lo scopo prevalente è quello di potenziare le capacità genitoriali e i contesti di appartenenza, quali scuola e gruppo dei pari, attraverso attività prosociali e monitoraggio (Ougrin, 2015).

Da questi contributi emerge una riflessione pratica e clinica che fa comprendere quanto sia fondamentale attivare interventi diversi che abbiano l'obiettivo di trattare tutte le diverse sfaccettature dei comportamenti autolesivi.

CONCLUSIONI

Il quadro teorico ed empirico relativo all'autolesionismo non suicidario (NSSI) in adolescenza offre un'immagine di un fenomeno complesso, multidimensionale e trasversale alle diverse categorie diagnostiche psicopatologiche. Esso non viene considerato come un comportamento isolato o ridotto a essere un semplice sintomo, ma va collocato all'interno di una più ampia riflessione che tiene conto del funzionamento emotivo, dell'identità e della modalità relazionale dell'adolescente.

Innanzitutto, l'autolesionismo viene definito come l'insieme di atti intenzionali che provocano dolore o lesioni alla propria superficie corporea, senza avere però l'intento del suicidio. Questo comportamento fa riferimento ad agiti deliberati, rivolti al proprio corpo, attraverso i quali il dolore fisico diventa uno strumento per intervenire su un dolore psicologico percepito come non facilmente gestibile e controllabile. In quest'ottica, l'NSSI si configura prevalentemente come una strategia disfunzionale di regolazione emotiva: un tentativo di ridurre stati affettivi intensi e non tollerabili, di stabilire un senso di controllo o di dare forma a vissuti interni confusi e caotici.

In adolescenza, che rappresenta un periodo caratterizzato da profonde trasformazioni corporee, cognitive e relazionali, tale comportamento assume spesso la funzione di strategia disadattiva di coping. Nel caso di una forte attivazione emotiva o di pensieri negativi pervasivi, il gesto autolesivo può ridurre la tensione interna o distogliere l'attenzione da contenuti mentali dolorosi per un determinato momento temporaneo. Infatti, questo sollievo è transitorio e tende a

rafforzare il comportamento e di conseguenza contribuisce al suo mantenimento nel tempo.

Un aspetto rilevante emerso dalla letteratura è la natura trasversale dell'autolesionismo. Esso non è specifico di una singola diagnosi psicopatologica e può manifestarsi anche in adolescenti privi di un inquadramento psichiatrico formale. Tuttavia, le numerose correlazioni con il Disturbo Borderline di Personalità, con i disturbi dell'umore, i disturbi alimentari, l'alessitimia e l'impulsività indicano come l'NSSI si trovi spesso in quadri psicopatologici più ampi. In particolare, la difficoltà di identificare, comprendere ed esprimere le emozioni, insieme a tratti di impulsività, vissuti di autocritica e vergogna, costituisce un fattore di vulnerabilità sul quale il comportamento autolesivo può rafforzarsi e instaurarsi.

Ciò che è alla base del comprendere il significato più profondo dell'autolesionismo in adolescenza è il concetto di regolazione emotiva. Quest'ultima è la capacità di riconoscere, modulare e integrare gli stati affettivi e rappresenta una competenza centrale per il benessere psicologico di ciascun individuo. Quando tali processi risultano compromessi, nasce una condizione di disregolazione emotiva, intesa come difficoltà persistente nel modulare intensità, durata ed espressione delle emozioni. In questo quadro, l'autolesionismo può assumere la funzione di strategia regolativa alternativa.

I costrutti di emozione, regolazione e disregolazione permettono dunque di vedere l'NSSI non solo come comportamento problematico, ma come manifestazione di una significativa difficoltà nella gestione dell'esperienza affettiva e relazionale.

All'interno di questo quadro, il corpo assume una funzione fondamentale. Nel periodo dell'adolescenza, è al centro del processo di costruzione dell'identità e diviene il primo luogo all'interno del quale si instaurano conflitti, fragilità e tensioni evolutive. Un corpo percepito come inadeguato all'immagine di sé può trasformarsi, soprattutto in presenza di disregolazione emotiva e difficoltà di mentalizzazione, in uno strumento attraverso cui il soggetto esprime stati interni conflittuali. Il gesto autolesivo può così assumere anche il significato di un tentativo di riappropriazione, di ridefinizione identitaria, di ricerca di confini più stabili tra sé e l'altro.

In particolare, la pelle, superficie di contatto e contenimento, rappresenta il confine simbolico tra mondo esterno e interno all'individuo. È proprio questa che diventa il luogo di espressione delle difficoltà dell'adolescente: su di essa il dolore psicologico diventa espresso, visibile e fonte di comunicazione.

In questa cornice, l'autolesionismo in adolescenza non ricopre solo il ruolo di sintomo. Esso è un vero e proprio linguaggio del corpo: infatti, è un tentativo molto forte di regolare, contenere o comunicare un'esperienza emotiva che viene vissuta dall'individuo come intollerabile.

In conclusione, l'autolesionismo non suicidario in adolescenza può essere definito anche come il risultato di una complessa relazione tra diversi fattori. Tra questi si trovano la vulnerabilità emotiva, le difficoltà di regolazione, le dinamiche d'identità e i significati simbolici attribuiti al corpo. Quindi, non bisogna considerarlo semplicemente come un comportamento patologico ma piuttosto riconoscere la sua funzione regolativa e comunicativa.

BIBLIOGRAFIA

Ammaniti, M. (2010). *Psicopatologia dello sviluppo: Modelli teorici e percorsi a rischio*. Raffaello Cortina Editore.

American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5^a ed.; trad. it. 2015). Raffaello Cortina Editore.

Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). *Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), W569.

Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma, S. (2013). *Maturation of the adolescent brain. Neuropsychiatric Disease and Treatment*. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39776>

Belle Janis, I., & Nock, M. K. (2009). *Are self-injurers impulsive? Results from two behavioral laboratory studies*. *Psychiatry Research*, 169(3), 261–267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.041>

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore.

Cerutti, R., Calabrese, M., & Valastro, C. (2014). *Alessitimia e disturbi di personalità nell'autolesionismo non suicidario in adolescenza: Risultati preliminari*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 372–376. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.714>

Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Self-injurious behavior: Differential diagnosis and functional differentiation*. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.009>

Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: *The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents*. *Journal of Adolescence*, 33, 775–778. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>

Confalonieri, E., & Grazzani, I. (2021). *Adolescenza e compiti di sviluppo* (3^a ed.). Unicopli.

D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). *Reconsidering emotion dysregulation*. *Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>

Denham, S. A. (n.d.). *Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships*.

Feldman, R. S., Amoretti, G., & Ciceri, M. R. (2008). *Psicologia dello sviluppo*. McGraw-Hill.

Ferguson, G. M., Hafen, C. A., & Laursen, B. (2010). *Adolescent psychological and academic adjustment as a function of discrepancies between actual and ideal self-perceptions*. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1485–1497. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9461-5>

Gatta, M., Spoto, A., Miscioscia, M., Valentini, P., Donadel, M. E., Del Col, L., Zanatto, S., Traverso, A., & Ferruzza, E. (2019). *Emozioni, comportamenti e relazioni: Uno studio caso-controllo sul self-cutting in adolescenza*. *Rivista di Psichiatria*, 54(4), 175–182.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). *Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective*. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. xx–xx). Guilford Press.

Hamza, C. A., Willoughby, T., & Heffer, T. (2015). *Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 38, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.010>

Klonsky, E. D. (2007). *The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence*. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). *Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates*. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508.

Kruzan, K. P., Muehlenkamp, J. J., & Claes, L. (2022). *Identity, self-blame, and body regard in NSSI: A test of moderated mediation*. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152322>

Lausi, G., Quagliari, A., Burrari, J., Mari, E., & Giannini, A. M. (2020). *Development of the DERS-20 among the Italian population*. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2511>

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manuale + schede e fogli di lavoro (2ª ed.)*. Raffaello Cortina Editore.

Lingiardi, V., McWilliams, N., & Muzi, L. (2017). The contribution of Sidney Blatt's two-polarities model to the Psychodynamic Diagnostic Manual. *Research in Psychotherapy*, 20, 12–18. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.242>

Marcazzan, A., & Baroni, S. (Eds.). (2024). *Adolescenti che si tagliano: Forme e significati dei comportamenti autolesivi*. FrancoAngeli.

Marchetti, A., & Cavalli, G. (2013). *Le difficoltà emotive nello sviluppo: Il caso dell'alessitimia e dell'autolesionismo*. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4(3), 338–354. <https://doi.org/10.4453/rifp.2013.0034>

Mertin, P. (2022). *What lies beneath: Some neurological correlates of nonsuicidal self-injury*. *International Journal of Psychological and Brain Sciences*, 7(2), 7–14. <https://doi.org/10.11648/j.ijpbs.20220702.11>

Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). *Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents*. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.010>

Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). *Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures*. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616–623. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>

Porges, S. W. (2001). *The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system*. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146.

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). *Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment*. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>

Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2013). *Emotional cascades as prospective predictors of dysregulated behaviors in borderline personality disorder*. <https://doi.org/10.1037/a0029933>

Siegel, D. J. (2021). *La mente relazionale* (3^a ed.). Raffaello Cortina Editore.

Sturman, D. A., & Moghaddam, B. (2011). *The neurobiology of adolescence*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1704–1712. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.04.003>

Vankerckhoven, L., Raemen, L., Claes, L., Eggermont, S., Palmeroni, N., & Luyckx, K. (2023). *Identity formation, body image, and body-related symptoms*. *Journal of Youth and Adolescence*, 52, 651–669. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01717-y>

You, J., Ren, Y., Zhang, X., Wu, Z., Xu, S., & Lin, M.-P. (2018). *Emotional dysregulation and nonsuicidal self-injury: A meta-analytic review*. *Neuropsychiatry*, 8(2), 733–748. <https://doi.org/10.4172/Neuropsychiatry.1000399>

Zammuner, V. L. (1993). *Lo sviluppo della competenza emotiva*. *Rassegna di Psicologia*, 10(3), 105–131.

Yi Wang, Jing Tian, Qingxuan Yang (2024). *Experiential Avoidance Process Model: a Review of the Mechanism for the Generation and Maintenance of Avoidance Behaviour*. *Psichiatria e psicofarmacologia clinica*; 2024; 34 (2): 179-190. DOI: 10.5152/pcp.2024.23777.

Consuelo Martinez-Priego, Belen Poveda Garcia-Noblejas & Pablo Roca (2024). *Strategies and goals in Emotion Regulation models: a systematic review*. *Frontiers in Psychology*, 15.

Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents*. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382.

Nock, M. K. (2009). *Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury*. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83.

Nock, M. K. (2010). *Self-injury*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.

Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. R. (2015). *Practitioner review: Self-harm in adolescents*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(4), 337–357.

doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02525

Whitlock, J., & Knox, K. (2007). *The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 634–640.

The NSSI Family Distress Cascade Theory Lisa Waals¹, Imke Baetens, Peter Rober, Stephen Lewis, Hanna Van Parys, Eveline R. Goethals and Janis Whitlock.

Waals (2018). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.
<https://doi.org/10.1186/s13034-018-0259-7>