

Autolesionismo e disturbi di personalità

Roberto Ostuzzi*,
Marita Pozzato****

*Presidente Società Italiana per lo Studio
dei Disturbi del Comportamento Alimentare

** Centro Disturbi Alimentari
Casa di Cura Villa Margherita
Arcugnano (VI)

Fenomeno ancora poco conosciuto, l'autolesionismo (self-injury behavior) è in espansione tra i soggetti più giovani. Tale comportamento, se reiterato, può essere inquadrato come un sintomo che segnala un livello di sofferenza psichica nascosta e spesso risulta particolarmente presente in quadri patologici come i disturbi alimentari. Tali condotte richiedono interventi di cura integrati, finalizzati al trattamento complessivo della patologia

L'autolesionismo, meglio definito come l'atto del farsi del male volontariamente senza intenzioni suicidarie (*self-injury behavior* - SIB), è un comportamento tanto poco conosciuto quanto in preoccupante espansione tra i soggetti giovani.

Il comportamento autolesivo consiste nel procurarsi una deliberata e diretta ferita alla superficie del proprio corpo; questo viene considerato un comportamento socialmente non accettato nella nostra cultura.

Nei comportamenti autolesivi non vengono compresi altri modi, ancorché dolorosi, di intervenire sul corpo, come per esempio il tatuaggio e il piercing, ritenuti interventi mirati ad abbellire il corpo.

Il corpo è oggi un importante mezzo di relazione e di comunicazione, ma spesso lo è in modo estremo e radicale. Dalla chirurgia plastica senza limiti ai piercing "pericolosi", dagli inserimenti siliconici sottocutanei al fitness ossessivo, sino alle diete estreme, il corpo viene continuamente sottoposto a tentativi di cambiamento.

Il corpo è divenuto una sorta di pagina aperta attraverso cui comunicare le proprie emozioni, appartenenze, ideologie, ansie. In questo senso la pelle può rappresentare per il giovane adolescente un'inesauribile risorsa nel tentativo di costruire una sua identità, in una fase di cambiamento fisico difficile da gestire, quale è appunto l'adolescenza. In questa fase storica l'adolescente ha conquistato una grande libertà che

si accompagna a una profonda insicurezza. Il SIB può rappresentare un sistema di controllo del corpo e delle emozioni.

I più comuni atti autolesivi sono i graffi, tagli e spesso taglietti superficiali, procurarsi lividi, bruciarsi per esempio con la sigaretta, mordersi. Tra i comportamenti maladattivi autolesionistici vengono a volte inclusi lo strapparsi i capelli, mangiarsi le unghie sino a sanguinare, impedire alle ferite di guarire e altro ancora. L'autolesionismo è qualcosa di diverso dall'autosofferenza (*self harm*), che comprende comportamenti che causano sofferenza, per esempio digiunare, ma non prevede un atto volontario mirato a ledere e ferire. Vengono poi descritti come comportamenti autolesivi indiretti la guida pericolosa, l'abuso di sostanze, praticare sesso a rischio.

Negli ultimi anni i comportamenti autolesivi vengono sempre più frequentemente studiati da clinici e da ricercatori, sia in Italia che in molti altri Paesi. Il SIB è un problema rilevante presente in molte nazioni, anche se non è facile valutarne le reali dimensioni. È un comportamento che viene spesso tenuto nascosto, dunque di difficile identificazione per il medico, non se ne parla se non nell'intimo di amicizie consolidate, ma al contempo si hanno casi in cui il SIB viene quasi ostentato.

L'autolesionismo è descritto in letteratura come una sorta di strategia di coping che, per quanto disadattiva, viene utilizzata perché aiuta a gestire stati emotivi percepiti come non

tollerabili e non gestibili. Molti lo spiegano con il desiderio di scappare da uno stato della mente percepito come insopportabile.

Sulla base della frequenza, il comportamento autolesivo viene definito come episodico o reiterato: l'atto reiterato viene considerato tale se ci sono cinque o più episodi autolesivi nella storia del soggetto.

■ Epidemiologia

Benché l'autolesionismo sia maggiormente diffuso in campioni clinici (specialmente in soggetti con disturbo borderline di personalità e in soggetti con disturbi alimentari), ricerche recenti hanno mostrato che è molto più diffuso di quanto si pensi anche in campioni non clinici.

Dati provenienti da campioni di studenti della scuola superiore o universitari in Paesi anglosassoni attestano una diffusione del SIB compresa tra il 12% e il 39%.

In una recente ricerca, condotta dal Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi Milano-Bicocca, sono stati studiati mediante specifici questionari 578 studenti universitari di Milano (femmine 83% e maschi 17%) e 219 studenti (femmine 70% e maschi 30%) delle scuole superiori di Parma. In generale i dati segnalano che uno studente su cinque ha affermato di avere messo in atto almeno una volta nella vita un comportamento di autoferimento. Il 60% ha utilizzato un solo metodo, il 40% circa ha riportato di avere utilizzato più metodi per ferirsi.

Dei *self-injurers*, un terzo circa ha dichiarato molteplici episodi di autolesionismo nel passato. C'è chi ha riportato più di 100 episodi di SIB. La maggior parte degli autolesionisti (80%) si è procurato lesioni più di una volta nella vita. Quello che colpisce è l'età media di esordio del fenomeno che è risultata assai bassa (12-14 anni). Per quanto riguarda i metodi utilizzati, il 60% dei soggetti afferma di avere utilizzato un unico metodo, mentre il 40% ha utilizzato più metodi. Il comportamento più frequentemente utilizzato è risultato "graffiarsi" (50%), seguito da "tagliarsi" (34%), "provocarsi lividi" (24%), "bruciarsi" (20%) e "mordersi" (14%).

In un recente studio condotto in Australia e in sei Paesi europei (Madge et al, 2008) sono stati intervistati circa 30.000 ragazzi di 14-17 anni e sono stati riscontrati elevati livelli di SIB (nel campione totale maschi 4.3% e femmine 13.5%).

L'incidenza nei vari studi risulta sempre molto più elevata nelle femmine. I maschi riportano con maggiore frequenza il bruciarsi, mentre le donne si procurano più spesso graffi. Anche mordersi è tipicamente femminile ed esprime quasi sempre un sentimento di rabbia.

Un altro aspetto significativo è valutare il dolore, che non accompagna in modo costante l'autolesione: ben il 31% riporta di non sentire "mai" dolore. Nel 68.8% dei casi l'autolesionismo viene messo in atto "senza averlo pianificato prima" (68.8%).

I dati, infine, testimoniano che l'autolesionismo non segnala un maggiore rischio suicidario.

■ Self-injury e disagio psicologico

Lo spettro dei fattori implicati nei comportamenti autolesivi appare assai ampio. Accanto a fattori di tipo socio-culturale (mode e subculture che attraggono i soggetti sofferenti e quindi più esposti al *self-injury behavior*) ci sono fattori quali i tratti temperamentali e di personalità e gli eventi traumatici come abusi o trascuratezza. I *self-injurers* ripetitivi mostrano un disagio psicologico più significativo se confrontato con

gli autoferitori episodici.

Per quanto riguarda le funzioni della SIB, quelle più frequentemente segnalate sono "evitare o sopprimere immagini o ricordi dolorosi"; "evitare o sopprimere emozioni negative"; "entrare in uno stato di torpore o insensibilità"; "avere attenzione dagli altri".

Come si può osservare, "attirare l'attenzione" non è un obiettivo significativo per chi si autoferisce, a differenza di quanto viene spesso ritenuto. A conferma di ciò, è importante segnalare che molti SIB si autolesionano parti del corpo non esposte e quindi non facilmente rilevabili. In questo senso ferirsi il volto, proprio per la sua eclatante visibilità, viene interpretato come segnale di un disagio ancora più grave.

Dai dati della letteratura emerge che gli autolesionisti ripetitivi hanno in modesta percentuale una storia di abuso sessuale (uno dei più frequenti stereotipi con cui viene associato l'autolesionismo).

■ Gestione

Il SIB reiterato può essere inquadrato come un sintomo che segnala un livello di sofferenza psichica nascosta sottostante.

Di fronte a comportamenti autolesivi spesso il clinico viene preso dalla paura, che attiva un senso di responsabilità e protezione verso l'autoferitore. Questo porta ad assumere modalità protettive (somministrazione di farmaci e maggiore sorveglianza) mirate a bloccare il comportamento, ma sottostimando le abilità del paziente che va aiutato piuttosto a divenire capace di gestire questo impulso (c'è d'altro lato il rischio di sovrastimare le capacità del soggetto nel gestire la sofferenza).

L'approccio psicosociale identifica il SIB per la sua funzione comunicativa e modalità di gestione dello stress (una sorta di strategia di *problem solving*). In questo caso diviene importante comprendere gli stati d'animo antecedenti all'agito autolesivo e aiutare il soggetto a cercare strategie comunicative diverse rispetto al disagio sottostante.

■ Autolesionismo e disturbi alimentari

Comportamenti autolesivi risultano particolarmente presenti in quadri patologici come il disturbo alimentare (anoressia, bulimia e *binge eating* - alimentazione incontrollata), di per sé caratterizzato da eccessiva attenzione verso il proprio stato corporeo e da difficoltà di base nell'autostima e nella gestione delle emozioni.

Sull'elevata correlazione tra comportamenti autolesivi e disturbo alimentare esiste molta letteratura. Claes e Vandereycken hanno pubblicato i dati di una loro indagine compiuta su un campione di 134 donne con disturbo alimentare (il 26.9% con anoressia nervosa restrittiva, il 43.3% con anoressia di tipo bulimico e il 29.9% con bulimia nervosa): il 44.6% dei soggetti esaminati ha riferito episodi di autolesionismo, con una prevalenza nell'anoressia di tipo bulimico (51.8%) rispetto alla bulimia (43.6%) e all'anoressia restrittiva (34.3%).

In questo campo, anche gli studi condotti da Favaro e Santonastaso sono interessanti: hanno evidenziato che nell'anoressia nervosa si riscontra una frequenza di comportamenti autoaggressivi/autolesivi simile a quella osservata nella bulimia nervosa (anoressia 62% e bulimia 72%). Gli autori, riprendendo una classificazione di Favazza, hanno sottolineato la differenza tra comportamenti autolesivi di tipo compulsivo e di tipo impulsivo.

Gli atti compulsivi sono abituali per il soggetto che li compie, quindi ripetitivi e vissuti come automatici, finalizzati a ridurre una tensione che si accumula quando il soggetto cerca di resistervi.

Viceversa gli atti impulsivi sono episodici e sembrano finalizzati a una gestione emotiva ad ampio spettro, dalla riduzione della rabbia, all'autopunizione, al contenimento di crisi di tipo dissociativo. Nelle loro ricerche gli autori hanno anche verificato che i comportamenti compulsivi e impulsivi non si escludono l'un l'altro, ma possono coesistere in pazienti con disturbo alimentare, che spesso presentano delle combina-

zioni complesse di sintomi sia di tipo ossessivo sia impulsivo.

In uno studio su 125 soggetti con bulimia nervosa il 72% riportava almeno un comportamento autoaggressivo. L'analisi delle componenti principali ha evidenziato proprio due fattori uno di tipo compulsivo (strapparsi capelli, onicofagia e vomito autoindotto) e l'altro di tipo impulsivo (tagliarsi, bruciarsi, abuso di sostanze e alcol, tentativi di suicidio, abuso di lassativi e diuretici). Dallo studio si evince che i comportamenti di eliminazione possono appartenere alle stesse dimensioni dei comportamenti autolesivi.

Da nostre recenti ricerche su 234 soggetti ricoverati, il 37% riporta di avere messo in atto più comportamenti autolesivi sia nella storia di vita sia durante il percorso di cura. I comportamenti maggiormente presenti sono nell'ordine: tagliarsi, bruciarsi, graffiarsi, mordersi, procurarsi lividi, tirarsi i capelli. Rispetto al tipo di disturbo alimentare, questi soggetti autolesionisti hanno per il 53% una bulimia, per il 41% una anoressia (10% restrittiva, 32% di tipo bulimico) e per il 6% un *binge eating*. Come si può osservare, la presenza di comportamenti bulimici (vomito e abuso di lassativi principalmente) si accompagna a maggiore incidenza di autolesionismo. I tratti di personalità impulsivi sono quindi segnale di maggiore rischio di SIB. Anche nel *binge eating* spesso accompagnato da obesità vi è una discreta presenza di SIB. In questi soggetti vi è una elevata frequenza di disturbo dell'immagine corporea e di disturbo di personalità. Questi segni debbono farci capire che l'obesità con *binge eating* presenta quadri psicopatologici non dissimili, a volte più gravi, della stessa bulimia nervosa.

Il SIB nel disturbo di personalità, con o senza disturbo alimentare, raggiunge la frequenza dell'81%. Per quanto riguarda il tipo di disturbo di personalità, prevale quello borderline con il 62% seguito nel 19% dei casi dal disturbo evitante di personalità. Nei soggetti borderline i comportamenti autolesionistici sono estremamente frequenti (75-90%) e possono essere

di intensità anche molto grave.

Per i clinici che si trovano di fronte a soggetti con disturbi alimentari e di personalità è importante proporre interventi di cura integrati, finalizzati al trattamento complessivo della patologia, con particolare attenzione all'utilizzo di strategie e tecniche terapeutiche finalizzate a ridurre l'intensità e la frequenza di tali manifestazioni.

Conclusioni

Dai numerosi studi sull'autolesionismo emerge la chiara necessità di identificare questi soggetti e comprendere la loro sofferenza emotiva e psichica, in ordine alla possibilità di prevenzione e di cura.

Il SIB non sembra essere associato a nessuno specifico profilo psicopatologico o a specifici fattori predittivi o meccanismi di difesa.

I risultati degli studi mettono tuttavia in evidenza come gli autoferitori (quelli ripetitivi) mostrino una più grave e variegata sintomatologia psico-patologica, in linea con quanto osservato da Vanderlinden e Claes, così come un uso più massiccio di difese primitive, elementi che evidenziano un certo grado di malessere e disadattamento.

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

Gli studi empirici su popolazione clinica e non clinica hanno individuato come i motivi di più frequente causa di SIB siano la ricerca di sollievo dallo stress, di fuga da situazioni emotive intollerabili, di segnalare la propria disperazione.

Episodi singoli od occasionali di SIB possono essere manifestazioni transitorie adolescenziali, con valenze imitative, con contenuti assai diversi da ciò che caratterizza i SIB ripetuti. Il SIB ripetuto serve primariamente come dispositivo di regolazione degli affetti, quindi con una funzione di coping. Fattori psicologici (problemi di immagine corporea, soggettiva percezione di avere problemi, ideazione suicida) sono fortemente associati al SIB ripetitivo, ma non a quello occasionale.

Le condotte autolesive richiedono pertanto sempre una valutazione psico-patologica e devono essere indagate nel loro significato affettivo e cognitivo e in rapporto ai contesti in cui si determinano.

BIBLIOGRAFIA

- Claes L, Vandereycken W. The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In: Goldfarb PM, Psychological Tests and Testing Research Trends. New York, 2007.
- Claes, L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviours. *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11: 379.
- Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *J Nerv Mental Dis* 1998; 186: 157.
- Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Mental Dis* 2000; 188: 537.
- Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psych Scand* 1989; 79: 283.
- Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *J Psych Behav Ass* 2001; 23: 253.
- Lloyd E, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Annual Meeting Society Behavioral Medicine, New Orleans, Louisiana, 1997.
- Madge N, Hewitt A, Hawton K et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 667.
- Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2002; 41: 1333.
- Sarno, I, Madeddu F. Comportamenti di autoferimento e disagio psicopatologico: indagine su un campione non clinico. *Giornale italiano di Psicopatologia* 2008; 14: 329.
- Sarno I. Epidemiologia dell'autoferimento: i dati italiani. Autolesionismo, disturbi alimentari e disturbi di personalità. Vicenza 3-4 ottobre 2008.
- Vanderlinden J, Vandereycken W. Trauma, dissociation, and impulse discontrol in eating disorders. London, Taylor & Francis, 1997.
- Zila LM, Kiselica MS. Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *J Couns Develop* 2001; 79: 46.