

ARGOMENTI DI PSICOTERAPIA

# *Autolesionismo: storie ricucite dalla Psicoterapia al gruppo di Auto Mutuo Aiuto*

---

*Rita Latella\*, Cristian Di Domizio\*\**

## *Abstract*

L'*autolesionismo* tra adolescenza e prima età adulta, descritti in due casi seguiti in un servizio pubblico del SSN. Forti emozioni come l'ira o l'odio, la sensazione di essere vuoti e inutili, il sentirsi soli, la tristezza, possono a volte diventare così radicate da temere di impazzire, di non farcela ad andare avanti. Quasi si stesse per scoppiare. Provocarsi del dolore mette un freno a tutto questo: l'attenzione passa dal dolore mentale al dolore fisico, dal dentro al fuori, e col farsi male la persona ha l'illusione di avere ripreso il controllo su se stessa, di avere scaricato la tensione e trovato un sollievo. Una psicoterapeuta e il suo tirocinante incontrano due giovani che mortificano il proprio corpo con il *self-cutting*, seguendoli in un percorso individuale e successivamente integrando in un gruppo di Auto Mutuo Aiuto.

\*Rita Latella, Psicologa e Psicoterapeuta, Specialista Ambulatoriale, Asl Pescara; e Didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale, sede didattica I.P.R.A. di Pescara di cui è Presidente

\*\*Christian Di Domizio, psicologo, psicoterapeuta, libero professionista.

*Abstract*

Self-harm between adolescence and early adulthood described in two cases followed in a public service of the National Health Service. Strong emotions such as anger or hate, the feeling of being empty and useless, feeling alone, sadness, can sometimes become so ingrained to fear going crazy, not being able to go on. As if you were about to burst. Causing pain puts a stop to all this: the attention shifts from mental pain to physical pain, from the inside out, and by getting hurt the person has the illusion of having regained control over himself, of having discharged the tension and found some relief. A psychotherapist and her trainee meet two young people who mortify their bodies with self-cutting, following them on an individual path and subsequently integrating them into a self-help group.

## INTRODUZIONE

Questo articolo nasce dall'esperienza condivisa da due psicologi in un servizio pubblico del SSN, dove l'una in qualità di psicologa psicoterapeuta e l'altro di specializzando tirocinante, hanno incontrato adolescenti che presentano comportamenti autolesionistici. Dal percorso familiare al lavoro individuale con ognuno di loro, per alcuni di loro l'intervento terapeutico si è evoluto prendendo forma in un gruppo di Auto Mutuo Aiuto.

I comportamenti di autolesionismo appaiono oggi ancor più evidenti grazie all'imponente diffusione del fenomeno nel web. Si tratta di un fenomeno diffuso prevalentemente tra gli adolescenti, soprattutto nelle ragazze, insorge attorno agli 11-12 anni e coinvolge tra il 15 e il 20% degli adolescenti e il 6% degli adulti. Il fenomeno è generalmente correlato alla presenza di difficoltà in famiglia e/o a scuola, di stati ansiosi, esperienze traumatiche, di vissuti depressivi e bassa autostima. Un crescente numero di studi si sta interrogando sui possibili fattori di rischio e di protezione connessi all'esposizione e alla partecipazione a tali comunità virtuali. In un'età caratterizzata dalla presenza di forti contrasti emotivi per molti ragazzi può essere particolarmente difficile gestire emozioni dolorose o la presenza di vissuti ambivalenti e tagliandosi possono avere la sensazione di scolpire sul proprio corpo le emozioni dalle quali si sentono schiacciati e che a volte non riescono neppure a nominare. Si tratta di una modalità disfunzionale messa in atto per tentare di regolare le proprie emozioni, proprio quelle che vengono percepite come troppo intense e difficili da tollerare. È quindi una strategia che viene messa in atto con l'idea illusoria di attenuare il dolore emotivo, ma questa sensazione di alleviamento dura veramente pochissimo tempo. Questa illusione di non essere impotenti di fronte alla sofferenza diventa la cosa più importante e guida l'azione. Col termine autolesionismo si fa riferimento a tutti quei comportamenti deliberatamente orientati al provocarsi dolore fisico. Includono, ad esempio, il tagliarsi la pelle con diversi tipi di oggetti affilati, l'infliggersi bruciature e marchiarsi con sigarette o oggetti roventi. Tale comportamento permane talvolta anche nella prima età adulta, ma ad oggi non sono stati rilevati dalla ricerca molti dati sui fattori che possano influenzare il permanere nel tempo del comportamento autolesionistico, che risulta più elevato nella popolazione psichiatrica (disturbi dell'umore e/o disturbi d'ansia, abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione,

disturbi dissociativi, disturbo da stress post traumatico, schizofrenia e disturbi di personalità). Spesso è associato al disturbo borderline di personalità ma in tal caso il quadro è più grave, il comportamento è ripetuto e le modalità autolesive sono di varie tipologie.

Percezione su sensazione? Svuotare per riempire? Possono essere dei gesti, il provocare bruciature al proprio corpo, il tagliare o deturpare parti del proprio corpo, o provocarsi dolori fisici, dei rimedi per stare bene? Per alcune persone questa può essere una soluzione per il loro vuoto interno, una modalità regolatrice del proprio umore utilizzata per distrarsi dal turbamento interiore e placare il dolore psichico. Solitamente, con il termine autolesionismo ci si riferisce ad un comportamento intenzionale volto a danneggiare il proprio corpo attraverso attività come il tagliarsi, bruciarsi e il procurarsi altre forme di lesioni. Questo atteggiamento appare collegato all'ideazione e intenzione suicidaria, ma la letteratura esistente non ha reso chiara l'eventuale relazione esistente tra questi comportamenti e l'ideazione suicidaria. La maggior parte delle persone che si mutilano adottano tale atteggiamento come una modalità per regolare il proprio umore; avvertono una profonda motivazione legata al bisogno di distrarsi da un turbamento interiore, o allo scopo di alleviare l'ansia per la propria incapacità ad esprimere emozioni intense. Gli atti di autolesionismo come il tagliarsi possono essere effettuati per una serie di motivi, più comunemente per esprimere e alleviare la rabbia o la tensione, così come il dolore psichico, per sentirsi più capaci di controllare il proprio comportamento, o una situazione di vita apparentemente disperata, o per punire se stessi quando ci si sente una persona "cattiva". Per alcune persone, il dolore inflitto attraverso l'autolesionismo è preferibile alla sensazione di vuoto che si avverte; il dolore rappresenta un qualcosa che sostituisce il niente, è una conferma del fatto che si è ancora in grado di sentire qualcosa, che si è ancora vivi. Per altri, il dolore da autolesionismo sostituisce semplicemente un altro tipo di dolore che essi non riescono né a capire né a controllare. In generale, gli atti autolesionistici riflettono una profonda angoscia e vengono utilizzati come risorsa e mezzo per sopravvivere, piuttosto "che sentirsi morire", o anche come un mezzo per attirare l'attenzione su di sé. Per comprendere il presente è importante conoscere il passato, quindi prima di entrare nella problematica attuale, si cercherà di inquadrare la storia, le modalità e scopi dell'autolesionismo e negli autolesionisti,

cercando eventuali punti in comuni e differenze, e tenendo conto dei contesti culturali, storici.

## **I CONTESTI DEI COMPORTAMENTI AUTOLESIVI**

La fase adolescenziale rappresenta il periodo di vita in cui prende corpo, con particolare intensità<sup>1</sup>, il “bisogno di rischiare”, nei termini di un’assunzione di rischi attraverso condotte di sperimentazione che fanno parte del normale processo di sviluppo, consentendo di sfidare le abilità e i livelli di autonomia e controllo raggiunti, nonché di scoprire nuovi stili comportamentali, mettendo tuttavia a rischio la salute propria e degli altri (Malagoli Togliatti, 2004).

Con l’espressione “comportamenti a rischio” ci si riferisce a quelle condotte, quali ad esempio l’abuso di sostanze, di alcool o medicinali, le azioni delinquenti, la guida pericolosa, i comportamenti sessuali a rischio contagio o gravidanze, che rappresentano fattori predisponenti situazioni pericolose per la sfera fisica, psicologica e sociale dell’individuo (Boyer, 2006). È opportuno differenziare tra rischio esternalizzato, in riferimento alle condotte visibili e pericolose per l’individuo e per la società, ed internalizzato, relativo alla sfera affettiva come il ricorso all’isolamento o ai sentimenti depressivi (Cattelino e Bonino, 2010).

Seguendo la classificazione psicologica del rischio adolescenziale teorizzata da Vallario e colleghi (2005), possiamo parlare di comportamenti di “passaggio all’atto/acting-out”, accomunati dalla proiezione violenta all’esterno (ne sono esempi la guida pericolosa, gli atti antisociali, il sesso non protetto), di “rifugio in Sè”, caratterizzati dall’introiezione di emozioni spiacevoli (es. il comportamento alimentare abnorme, l’abuso o la dipendenza da sostanze stupefacenti, il consumo di droghe leggere, alcool e tabacco), e infine le pseudo-allucinazioni, effetti di abusi mediatici, come forma di rappresentazione mentale di adolescenti che “ritirano” la loro reale esistenza, perdendosi nel mare del virtuale. Questa classificazione mette l’accento sulla dimensione solipsistica e de-realistica che i comportamenti pericolosi stanno assumendo nella modernità, rinforzati dall’evolvere del sistema

---

<sup>1</sup>Gli studi mostrano che i comportamenti a rischio sono diffusi prevalentemente in adolescenza, con un picco nella tarda adolescenza ed una prevalenza nella popolazione maschile (ISTAT, 2010; Ministero della Solidarietà Sociale, 2005; Ministero della Salute, 2008 Salfa et al., 2010). Si evidenzia inoltre la multifattorialità del rischio, per cui il 90 degli adolescenti tende ad associare più comportamenti appartenenti a differenti tipologie di rischio (Vallario, Giorgi, Martorelli e Cozzi, 2005).

dei valori giovanili verso dinamiche di socialità ristretta e vita privata (Vallario et al., 2005).

Gran parte della letteratura si è interrogata sulla percezione del rischio e del senso di invulnerabilità che i ragazzi provano di fronte ai comportamenti dannosi. Tra le motivazioni cognitive prevale il ricorso all'ottimismo irrealistico (Weinstein, 1980), mentre altri fattori, definiti endogeni, risultano di grande interesse proprio nel processo di differenziazione e analogia con i comportamenti autolesivi, dal momento che ritorneranno come elementi fondamentali nell'organizzazione della patologia autolesiva in adolescenza. Si può fare riferimento ai fattori definiti di "ricerca di sensazioni" (*sensationseeking*) e di "sfida al limite" (*edgework*). Per ricerca di sensazioni si fa riferimento al grado di novità e di intensità di sensazioni ed esperienze preferite (Zuckerman, 1971). Queste ricerche mostrano che sia più alta in adolescenza, laddove a maggiori livelli di coinvolgimento corrispondono una bassa percezione e una scarsa consapevolezza dei rischi connessi alle proprie azioni (Malagoli Togliatti, 2004). Per sfida al limite, invece, si intende la sperimentazione del rischio nelle modalità più estreme alla ricerca dei confini e del disordine in se stessi e nell'ambiente (Lyng, 1990).

La messa in atto di tali comportamenti assolverebbe, specialmente in adolescenza, importanti funzioni volte a sostenere i compiti evolutivi nelle fasi specifiche (Giannotta et al., 2007; Silbereisen e Noack, 1988), quali il sostegno dei processi di transizione all'età adulta (Jessor, Donovan e Costa, 1991), di acquisizione di autonomia (Palmonari, 1997), di sviluppo dell'identità e partecipazione sociale (Bonino, Cattelino e Ciairano, 2003).

Nello specifico, Bonino e colleghi (2003) per le funzioni organizzate in ordine allo sviluppo dell'identità parlano di "adulità", come assunzione anticipata di comportamenti socialmente riconosciuti come adulti (sigaretta, alcool, sesso), di autonomia, di affermazione e sperimentazione del Sé, di trasgressione, connessa al superamento dei limiti e delle regole, di esplorazione di sensazioni nuove anche legate alla maturazione sessuale, di percezione di controllo e infine di fuga. Inoltre, considerano funzioni legate alla ridefinizione delle relazioni sociali la condivisione di azioni ed emozioni, i riti di legame e di passaggio, l'emulazione e il superamento dell'altro, l'esplorazione delle reazioni e dei limiti, la differenziazione e l'opposizione.

Il contesto scolastico, quale luogo privilegiato in cui svolgere interventi di prevenzione primaria e secondaria dei comportamenti a rischio, accoglie da sempre iniziative mirate alla tutela dei “giovani a rischio”, le quali possono articolarsi in programmi di intervento declinati secondo alcuni requisiti essenziali, come la chiarezza degli obiettivi, l’individuazione di una teoria di riferimento, l’articolazione di un modello di intervento, il monitoraggio continuo, la valutazione delle risorse e la verifica degli obiettivi prefissati (Bacchini e Valerio, 2001).

Per quanto i comportamenti a rischio siano considerati tipici dello sviluppo, l’associazione con i disturbi psicologici e psichiatrici, nello specifico con l’autolesionismo (Evans, Hawton e Rodham, 2004) e con il disturbo borderline di personalità (Drake et al., 2004), induce a considerarli non solo quali momenti di rottura e separazione di natura generazionale, ma quali segnali di smarrimento e di disagio adolescenziali. A tal proposito è stato ipotizzato un continuum tra le condotte a rischio e quelle autolesive, considerando le prime come una forma meno visibile di autolesionismo (Turp, 2003; Claes e Vandereycken, 2007). Stando alle analogie, entrambe le condotte si proporrebbero quali regolatori emotivi facendo riferimento ad una mancata mentalizzazione delle emozioni e delle esperienze (Vrouva et al., 2010), ricorrendo al corpo e al suo maltrattamento, sebbene in maniera indiretta.

Occorre tuttavia precisare che i comportamenti a rischio non hanno lo scopo deliberato e consapevole di danneggiare il proprio corpo, come invece accade per le condotte autolesive dove si concretizza un attacco intenzionale. Inoltre, mentre i primi sembrano maggiormente ingaggiati nel regolare l’impulsività e le emozioni di ogni genere, anche quelle positive, nel caso dell’autolesionismo deliberato la modulazione degli affetti soverchianti riguarda prettamente quelli dalle tonalità negative. Infine, la funzione del gruppo dei pari appare notevolmente in primo piano nei comportamenti a rischio a differenza delle condotte di autolesionismo praticate prevalentemente in solitudine. Il ricorso a comportamenti rischiosi nella società contemporanea, da un punto di vista antropologico è stato interpretato come possibile risposta al malessere individuale, come ricerca di significato laddove, attraverso le sanzioni provate nel contatto col pericolo, si scoprono inattese risorse che permettono di “rinascere”, di sentirsi vivi, nell’idea che solo la morte, invocata

a livello tanto simbolico quanto concreto, possa sancire la legittimità di esistere (Le Breton, 1995).

## **PSICOTERAPIA SISTEMICA E AUTOLESIONISMO**

Nei pazienti che abbiamo incontrato, si riscontra di frequente una situazione familiare che, dietro l'apparente normalità manifestata nei rapporti con l'esterno, nasconde una grave mancanza di autonomia psicologica e una tendenza alla negazione dei conflitti che sembrano avere un'influenza sia sull'insorgenza che sul mantenimento del disturbo come nell'autolesionismo. Negli studi e ricerche questo vale non solo per patologie psichiche e comportamentali come le psicosi o le alterazioni del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità o vomito psicogeno), ma anche per molte malattie mediche come asma, diabete, psoriasi. Il primo a riconoscere questi aspetti di inautenticità familiare fu Don D. Jackson (1966), uno dei fondatori del Mental Research Institute di Palo Alto, il quale studiando alcune famiglie di individui affetti da rettocolite ulcerosa evidenziò un particolare stile di comportamento che chiamò "restrittivo". In questi nuclei familiari (*restricted families*) le relazioni erano limitate ed impoverite dalla imposizione di rigide regole educative che riguardavano in particolare il divieto di manifestare liberamente i propri sentimenti e di esprimere dissensi. L'apparente armonia familiare era la conseguenza del sistematico evitamento e negazione dei conflitti e dell'inibizione di ogni emozione autentica. Queste restrizioni si riscontravano anche nei rapporti sociali esterni. Le amicizie e le relazioni a scuola e sul lavoro, infatti, risultavano scarse e molto formali. Successivamente il pediatra e psichiatra argentino Salvador Minuchin (1974), considerato il maggior esponente dell'indirizzo "strutturale" della terapia familiare, identificò nelle famiglie di pazienti affetti da malattie croniche (diabete, asma bronchiale, anoressia mentale) quattro caratteristiche fondamentali: l'invischiamento (la tendenza dei componenti della famiglia ad occuparsi eccessivamente gli uni degli altri); l'iperprotettività (che limita l'autonomia); la rigidità (il nucleo familiare resiste a ogni forma di cambiamento) e l'evitamento dei conflitti. In queste famiglie la tolleranza alle frustrazioni è molto bassa e il disaccordo non è sopportato, per questo i problemi e le emozioni conflittuali (particolarmente quelle ostili e aggressive) sono soffocati al loro nascere o negati. La relazione tra i membri tende ad essere quindi eccessivamente



coinvolgente, ma priva di autenticità. La presenza di queste caratteristiche nelle famiglie di pazienti affetti da malattie mediche croniche e da disturbi psichici (in particolare disturbi del comportamento alimentare e psicosi) è stata confermata da un gran numero di studi svolti soprattutto da ricercatori di formazione sistemica. In questo lavoro è stato possibile notare il problema dell'autenticità che può essere visto anche attraverso la teoria dell'attaccamento che considera di importanza primaria lo sviluppo delle relazioni d'attaccamento durante l'infanzia e la loro funzione di protezione nei confronti dei pericoli. Anche in questo caso una scarsa conoscenza di se stessi e una difficoltà a riconoscere e comunicare agli altri i propri bisogni e le proprie emozioni sono state correlate a problemi patologici di tipo fisico e psichico oltre che relazionale e comportamentale. Sono evidenti molti punti in comune tra l'opera di John Bowlby (1969-1980) e quella di Winnicott. Per entrambi la relazione con un ambiente non adeguato alla cura e alla protezione del bambino può comportare gravi carenze nello sviluppo e predisporre alle malattie psicologiche e fisiche e a comportamenti antisociali e devianti. Entrambi infine hanno descritto come l'individuo, per proteggersi da condizioni ambientali avverse, può sviluppare degli atteggiamenti difensivi che lo portano a prendere le distanze dalle proprie emozioni e dai propri bisogni (cioè dalla propria autenticità) con conseguenze negative per la salute oltre alla creazione di veri e propri copioni. La teoria degli script familiari è assai più complessa di questa breve sintesi, e per comprenderla è necessario far riferimento agli scritti di John Byng-Hall. Qui bisogna aggiungere che l'identificazione in uno script profondamente radicato e condiviso è di capitale importanza per una famiglia nel mantenere una propria coerenza quando reagisce al mondo esterno e per i singoli membri nel mantenere la propria immagine di sé. Di questo dobbiamo tenere conto: non comprenderemmo, altrimenti, per quale ragione una famiglia dissipa tante energie nel mettere in scena un copione tanto dannoso. In qualche modo la teoria degli script si rivelava una chiave di lettura adatta allo scopo, uno strumento d'"accesso" alla realtà che non ha il potere di "immortalarla" nella sua essenza vera, ma che è semplicemente utile a interagire con essa. Come spiega Byng-Hall, nell'affrontare una determinata situazione, attraverso la ripetizione dello script di problem solving di soluzione del conflitto inter e intra-generazionale, la soluzione diventa il problema. L'esperienza dell'autolesionismo, e il terremoto relazionale che si verifica nella famiglia, possono

essere visti come l'estremo tentativo di salvaguardare un copione che ha lo scopo di evitare quelli che agli occhi dei protagonisti possono apparire come scenari di maggiore gravità. Questo modello applicato dalla terapia familiare, si propone di superare il dualismo tra relazioni "rappresentate" e "reali", e introduce nella terapia familiare il concetto di "copione" (script), intendendolo come una rappresentazione mentale di un comportamento già appreso nelle fasi significative dell'attaccamento. Murray Bowen, uno dei pionieri della terapia familiare, guarda alla famiglia come il luogo nel quale si sviluppa la massa indifferenziata dell'io familiare, un'identità emotiva conglomerata il cui grado di intensità determina il livello di coinvolgimento di tutti i membri della famiglia e le possibilità di svincolo e differenziazione del sé di ciascuno. All'interno di questo sistema emotivo le tensioni si spostano attraverso sequenze ordinate di alleanze e rifiuti tra due o più membri della famiglia. Il grado di differenziazione del sé è uno dei concetti cardine della teoria di Bowen (1979) e definisce la possibilità di ciascun individuo di differenziarsi rispetto alla massa dell'io familiare; quando l'intensità emotiva della massa familiare è molto elevata, il livello di fusione dell'io, cioè di indifferenziazione dei suoi componenti, potrà essere così marcato da esitare in relazioni simbiotiche e patologie gravi come la schizofrenia; in casi meno estremi, ma comunque caratterizzati da alti livelli di fusionalità, incontreremo persone assorbite in un mondo di sentimenti, estremamente dipendenti dai sentimenti degli altri nei loro confronti e per questo costantemente impegnate a gestire le relazioni interpersonali in termini di conferma o rifiuto; il legame con l'altro definisce le loro possibilità di funzionamento nella misura in cui è possibile trarre forza e conferma all'interno della relazione di dipendenza emotiva, che, nel migliore dei casi, li accompagnerà per tutta la vita.

## **I CASI**

### *Cinzia*

Quando Cinzia effettua la prima consulenza psicologica presso il servizio ha 19 anni, frequenta il 1° anno del corso di laurea in Scienze motorie, ed è stata inviata dall'assistente sociale del servizio cui la ragazza si era rivolta a causa di "un forte disagio". I suoi occhi scuri, incastonati in un bel viso, con una morbida e ondulata chioma, mi fanno pensare subito ad un'adolescente ribelle, ma sofferente, per la

tristezza che colgo nel suo sguardo. Pur essendo gli ultimi giorni di primavera Cinzia indossa pantaloni larghi ed una t-shirt larga a manica lunga.

Superata la prima titubanza, Cinzia sembra desiderosa di parlare, quasi come se volesse dare sfogo ed alleggerire il peso enorme che porta addosso. La ragazza vive un forte disagio, che manifesta con abuso di alcool e tagli sulle braccia, che in realtà da qualche mese sono diminuiti. Descrive la sua famiglia di provenienza, il padre Guido di anni 42 un operaio disoccupato al momento del nostro primo colloquio e ormai “stabilizzato” a lavorare saltuariamente a chiamata, la madre Sonia di 38 anni diplomata, che non ha mai lavorato a causa della gelosia del marito. I genitori si sono sposati giovanissimi, quando Sonia ha scoperto di essere incinta del fratello Giuseppe, Cinzia è nata dopo circa un anno, seguita dalla terzogenita Valeria e dalla quarta figlia Rina nate entrambe a distanza di due anni l’una dall’altra. Cinzia ha scelto gli studi seguendo il fratello, per poter far fronte alle spese dei libri. La borsa di studio è una forma di reddito per la famiglia. Una delle sue preoccupazioni è il timore di perdere la borsa di studio qualora non superi l’esame. Il nucleo familiare appare isolato rispetto alla comunità del piccolo paese dove vivono e, inoltre, pochi contatti con i parenti, a causa dei gravi problemi economici. Abitano in una casa vecchia, dove al piano di sotto vive la nonna materna. Racconta di un clima familiare dove non c’è mai stata serenità a causa delle violenze fisiche subite dal padre, che ha sempre urlato e sin “da piccoli ci ha picchiati”. Definisce entrambi i genitori “strani”, che li controllano in maniera rigida ed eccessiva. Afferma che, inoltre, il padre usa violenza psicologica sulla madre a causa della sua gelosia, loro hanno assistito alle urla, mai alla violenza fisica che Sonia più volte ha confessato ai figli, dicendo loro di essere stata picchiata. E’ proprio lei, Cinzia la figlia che spinge, senza successo, la madre a ribellarsi, denunciandolo. Si sente impotente, soprattutto, dopo la scelta della madre di non curare una malattia alle gambe, per non provocare le ire del marito. Di fronte al contesto familiare descritto, Cinzia dorme poco, presa dai pensieri, non si concentra nello studio, attanagliata dai problemi economici, tanto da avere problemi a pagare l’abbonamento dei mezzi pubblici per raggiungere e frequentare le lezioni all’università. Ha spesso pensieri suicidari. Quando si taglia “non solo mi risollevo .... mi piace anche “.

Facciamo un “patto per la vita”<sup>1</sup>, per dare senso e contestualizzare il percorso terapeutico, attraverso una metafora che utilizzo per contrastare” i pensieri di morte”. Cinzia sembra aver trovato una zattera di salvataggio, dove appigliarsi e dove l’orario del setting viene stabilito in base alle corse dei mezzi pubblici, ma che coincide con la pausa degli operatori e la funzione del tirocinante psicologo è anche quello di condividere quel caffè e quel cornetto o pizza che le danno anche il nutrimento affettivo che le manca. Durante un percorso durato un anno e mezzo, Cinzia mi racconta del suo profilo sul social Tumblr<sup>2</sup>, un popolare strumento di microblogging, dove si utilizza la piattaforma per chattare con altri profili che presentano lo stesso problema. Diventa consapevole che quella tipologia di gruppo non è di alcun aiuto. Si lavora con la *famiglia rappresentata*, continuando inizialmente a fare carambole per mantenere il segreto anche con la madre. Durante le sedute parla a lungo della situazione familiare: disprezza il padre ritenendo ingiusto per tutto ciò che ha fatto alla madre ed esprime la sua rabbia verso di lei che lo protegge, lo giustifica e non si prende cura di sé stessa. Durante le sedute racconta episodi molto tristi e dolorosi, dei tentativi di fuga fatti con i fratelli, già all’età di 5 anni, della madre che negli anni si è privata di mangiare proteine per darle ai figli, alle difficoltà della sorella più piccola che ha avuto un forte dimagrimento, tanto da indurre la stessa Cinzia a parlare con la psicologa che sta a scuola. Lotta per allearsi con il fratello che è proiettato all’esterno, il solo a fare “ciò che vuole”. Cinzia quando arriva in seduta è un fiume in piena e si apre sempre di più. Un momento importante è quando supera l’esame di anatomia con 30 e lode, cosa che le dà una spinta alla vita, a passare dal sostegno della zattera a piccole nuotate per uscire dal “naufragio”. Più volte, mi racconta, è stata tentata di ricorrere all’alcool e/o tagliarsi, ma è sempre più consapevole che è un comportamento dannoso e non l’aiuta a risolvere la grave situazione che vive dentro casa, ma anche la realtà ed il suo vissuto, il suo mondo interiore.

---

<sup>1</sup>patto per la vita “è una sorta di contratto, che di solito utilizzo nella fase della presa in carico del paziente che porta ideazione suicidaria/tentativi di suicidio, attraverso la metafora che ha il significato antitetico e cioè a dire Psicoterapia /vita.

<sup>2</sup>Tumblr è una piattaforma di microblogging e social networking che consente di creare un *tumblelog* offrendo la possibilità all’utenza di creare un blog dove postare contenuti multimediali.

Affrontiamo il tema importante della non accettazione del proprio corpo. Esprime la sua amarezza per non aver avuto delle guide, dei genitori che non le hanno insegnato a vivere. Dopo sei mesi dall'inizio del percorso terapeutico per la prima volta, in seduta, piange, consapevole che non può continuare a lottare per la madre che non vuole farsi aiutare, ma è anche consapevole che non deve, non può continuare a sacrificarsi ed accetta di lavorare sull'autonomia. In questa fase si lavora per potenziare le sue risorse. Si contestualizza la sua ansia ed il suo senso di fallimento come una prima forma di disagio che attraverso il sintomo, può aiutarsi ad andare verso il cambiamento.

Viene aiutata a preparare un CV dallo psicologo tirocinante e si attiva alla ricerca di un lavoro.

A questo punto Cinzia entra nel gruppo di auto-mutuo-aiuto.

### *Simone*

Simone ha 15 anni quando arriva al servizio tre mesi dopo il primo colloquio che sostengo con la madre, presentatasi spontaneamente in consultorio, su sollecitazione della scuola a causa delle problematiche e dei comportamenti autolesivi del figlio. In occasione della prima consulenza invio la signora presso il servizio di NPI per un'accurata diagnosi e progetto terapeutico. Dopo tre mesi mi ricontatta la madre di Simone in quanto lo psicologo della NPI ha dimesso il ragazzo in quanto non collaborativo.

Convoco l'intera famiglia. In prima seduta è assente il secondogenito per motivi di lavoro. Simone è l'ultimogenito di tre figli maschi: Gianluca di 25, Matteo di 22 e Simone di 15 anni. I genitori sono separati da alcuni anni; il padre Roberto fa l'autista e spesso sta fuori per lunghi periodi, non ha mai avuto problemi a stare con i figli, avendo l'ex moglie Nadia operaia, favorito la frequentazione, avvantaggiati dalla vicinanza delle case dove abitano; il padre è tornato a casa della propria madre ed i ragazzi vivono con Nadia nella casa coniugale. Gianluca e Matteo, diplomati, lavorano come operai, Matteo a tempo determinato. A differenza di Gianluca, i due fratelli esprimono la loro rabbia per essere stati ingannati dalla madre che aveva detto loro che dovevano andare dalla psicologa per essere aiutata lei. La donna spiega che certamente anche lei ha bisogno, è preoccupata e sta male

per il comportamento di Simone e loro, da soli, senza un aiuto, non sono in grado di affrontare la situazione.

E' evidente la forte rabbia di Simone che parla per monosillabi, limitandosi a rispondere con un "sì" o un "no". Il padre sottolinea che i due fratelli hanno un carattere simile, chiusi e silenziosi anche a casa. Gianluca invece partecipa senza alcun problema alla conversazione, entrando nei dettagli spiega bene la situazione. Pur avendo potuto costruire una sua indipendenza, da qualche anno è andato a vivere da solo, prendendosi i suoi spazi, soprattutto mettendo una sorta di distanza da quella situazione familiare che sente "stretta e pesante". Tuttavia ha un atteggiamento presente ed interessato.

Gianluca siede vicino al padre, quasi in suo appoggio per "aiutarlo", ma si è accomodato nell'ultima sedia alla fine del semicerchio formato dai vari componenti della famiglia, quasi ad indicare che lui vuole essere lì per cercare di capire ed aiutare il fratello ed è interessato alle dinamiche familiari, ma sempre mantenendo una posizione di distacco, che però gli permette di guardare le dinamiche familiari da una posizione meta. Nel corso degli incontri emerge la tematica della separazione. Affermano e sono d'accordo che poiché vivono in case vicine, non c'è mai stato un distacco netto. Roberto, infatti, dice che è sempre stato presente per i suoi figli e che non ha mai avuto problemi con la sua ex moglie, che gli ha sempre lasciato vedere i figli. Aggiunge che ha sempre avuto nostalgia della famiglia. Gianluca afferma di aver vissuto la separazione dei genitori, esprimendo la sua sofferenza, mentre Matteo e Simone continuano a dire "non lo so" e che non ricordano perché erano piccoli. Quando spostato l'attenzione sul sintomo, viene fatto notare come nella seduta individuale, si sia aperto ed abbia parlato più apertamente. La madre, il fratello ed il padre cercano di dare delle spiegazioni circa i comportamenti messi in atto da Simone. Secondo la madre, alla base di tutto c'è l'insicurezza, essendo molto timido è come se non si sentisse all'altezza, soprattutto quando si trova in situazioni o ambienti nuovi. Simone continua a rimanere in silenzio, ma quando gli chiedo se dopo essersi tagliato si sente meglio, lui risponde affermativamente, ma senza aggiungere altro. Ad eccezione di Matteo che come Simone è restio a parlare, i genitori ed il fratello maggiore dicono rivolti a Simone che vorrebbero conoscere i suoi pensieri ed il motivo dei suoi comportamenti. Soprattutto Gianluca dice che ha spiegato più volte al fratello che di lui può fidarsi

e che può dirgli tutto, ma Simone è chiuso come un riccio, anche se, aggiunge il fratello, quando esce con lui o con gli amici, sembra un'altra persona, è più aperto. Rimando un feedback positivo per la preoccupazione e l'interesse che tutti manifestano verso Simone, che accetta di tornare. Quando vanno via Simone mi sembra meno arrabbiato delle volte precedenti.

Il percorso prosegue con sedute familiari, con il sottosistema dei fratelli e individuali, durante le quali Simone parla per monosillabi e esprime la sua grande difficoltà ad affrontare le situazioni formali ed istituzionali; ha sempre timore di sbagliare ed essere giudicato. Ha un amico del cuore e quando esce con gli amici suoi o di Gianluca si sente a proprio agio. Simone aggiunge che lo fa per rabbia, riferisce di un episodio in cui Matteo lo ha picchiato, ha timore che maltratti la mamma. Sembra esserci un lieve miglioramento con una riduzione della frequenza di comportamenti di autolesionismo durante il periodo estivo, per avere, invece, una brutta ricaduta con l'inizio della scuola, tanto che la scuola lo ha segnalato, la madre arriva al servizio molto preoccupata. L'intervento della scuola e della preside, necessita di una visita con il neuropsichiatra al fine di valutare un eventuale contenimento farmacologico e contatto un insegnante "tutor" che è punto di riferimento per Simone, incontro, inoltre, la preside e successivamente il maresciallo dei carabinieri, i quali prima di far partire la segnalazione al Tribunale per i Minorenni, vogliono sincerarsi che la famiglia effettivamente segua il ragazzo. In NPI viene rivalutato, ed il Neuropsichiatra fa il patto con il ragazzo di non prescrivergli il farmaco se proseguirà con la Psicoterapia. Sedute di forte tensione, dove la mamma spesso non riesce a contenere la sua rabbia. Si fa "un patto per la vita" con Simone che alcuni giorni non vorrebbe alzarsi, e lui stesso dice di non sentirsi vivo e l'ansia per le prestazioni scolastiche ed i brutti pensieri sono il terreno ed il contesto che lo portano a tagliarsi.

A distanza di un anno Simone in seduta, porta un *abito nuovo*, sorridente, più motivato, loquace si racconta nelle sfide poste in questa fase del ciclo vitale, farsi avanti e corteggiare una ragazza, frequentare un gruppo di coetanei, aprirsi maggiormente in famiglia, è stato interrogato ed è andato bene in tutte le materie. A un anno esatto dal nostro primo colloquio Simone va in gita a Roma e al ritorno mi racconta di quanto sia stato bene, ma torna successivamente con la madre dopo che la signora è stata contattata dalla scuola, in quanto il figlio con i compagni di

classe all'esterno ha fumato cannabis. La madre stessa in seduta drammatizza l'episodio, è molto spaventata di rivivere l'esperienza vissuta con la sorella TD, per cui lei è stata coinvolta nella cura. Sostengo la madre e con Simone si riflette sul rischio di cadere nell'abitudine e poi nella dipendenza. Lo vedo pallido e smagrito. Al colloquio successivo la madre dice di vederlo più tranquillo, non si sono ripetuti altri episodi e si consolida questo stato di cose, fino al colloquio successivo quando Simone si racconta soddisfatto di essere stato promosso e di aver ricevuto in premio un viaggio alle Cinque Terre. Alla mia proposta è d'accordo di entrare nel gruppo AMA. In cinque mesi vedo la trasformazione nel gruppo e nelle sedute individuali ormai è un fiume in piena, è proprio lui che a distanza di due anni dice che "il periodo brutto se lo è lasciato alle spalle". Per quanto riguarda le sedute individuali, fissiamo l'appuntamento allungando i tempi, mentre prosegue una volta al mese con il gruppo AMA. Recupera a scuola con grande soddisfazione e non mi sembra vero quando dopo la promozione, mi porta i suoi progetti per il periodo estivo, una vacanza studio e poi trovare un lavoro per il periodo estivo.

#### **“DA” SOLI “A” INSIEME: L'INIZIO DI UN GRUPPO A.M.A.**

Cinzia e Simone, sono solo due delle persone che formeranno un gruppo di Auto-Mutuo-Aiuto con la stessa problematica: l'autolesionismo. Dopo un percorso personale, si è deciso di valutare questo progetto con esiti molto positivi. I gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (gruppi AMA) sono gruppi, presenti in tutto il mondo, formati da persone che hanno un problema in comune e che si riuniscono periodicamente (spesso una o due volte a settimana): l'obiettivo è quello di dare e ricevere sostegno reciproco nell'affrontare il proprio problema. L'Auto Mutuo Aiuto è definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "l'insieme di tutte le misure adottate da non professionisti per promuovere, mantenere e recuperare la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una determinata comunità". È un'esperienza nella quale persone che hanno attraversato la malattia, o hanno imparato a convivere, o loro familiari, si confrontano in un contesto totalmente alla pari sulle proprie esperienze, i propri trascorsi, trovando così un luogo dove affrontare le proprie insicurezze, facilitando dialogo e scambio. Si condividono esperienze, risorse, informazioni e strategie di soluzione, scoprendosi risorsa per sé stessi, per gli altri membri del gruppo e di conseguenza per l'intera



comunità. Alla base vi è l'idea che l'energia e la forza che il gruppo è in grado di esprimere sono sicuramente maggiori e più significative delle possibilità che ogni singolo partecipante ha a sua disposizione per la soluzione del problema.

Il disagio, le difficoltà, il malessere legato a molte malattie mentali, riempiono la vita di chi ha questi disturbi. Spesso si crede di vivere un'esperienza unica, non condivisibile, che gli altri non possano capire, isolandosi e ritirandosi. Il lavoro nei gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto permette di incontrare chi si trova in situazioni simili, di condividere esperienze e difficoltà in un contesto libero dai pregiudizi, trovando conforto, comprensione, sostegno ed informazioni utili alla gestione dei sintomi. John Donne (1572-1631), scriveva “nessun uomo è un'isola, completo in se stesso; ogni uomo è una parte del tutto. La morte di qualsiasi uomo mi sminuisce, perché io sono parte dell'umanità...E dunque non chiedere mai per chi suona la campana: suona per te”. Giovani così simili nelle loro storie, e nelle loro sofferenze, da “soli” si sono ritrovati insieme, riuscendo ad affrontare un male comune sotto l'attenta guida della psicoterapeuta e del tirocinante specializzando, creando un “riparo comune” dove attraverso le singole risorse e differenze di ognuno, sono stati in grado di poter “ricucire” le proprie ferite e quelle dei loro simili.

## **CONCLUSIONI**

In entrambi i casi descritti è possibile ritrovare degli elementi in comune come la presenza di una famiglia problematica, l'invischiamento, l'iperprotettività, la rigidità e l'evitamento dei conflitti. Considerando la giovane età dei due pazienti e quindi il loro ciclo vitale, è possibile notare anche la ricerca di un riferimento, una guida che è venuta a mancare nelle rispettive famiglie, e che in seguito sono state ritrovate in altre figure esterne come la psicoterapeuta, l'insegnante e lo stesso tirocinante specializzando. La presenza di un collega giovane e più vicino all'età dei pazienti, è stato “un ponte”, che ha contribuito a “collegare” i pazienti alla terapeuta e alla stessa terapia in quanto ha semplificato, rafforzato un'alleanza terapeutica e una maggiore sintonia, fungendo da riferimento nei gruppi AMA in una vera e propria peer education. Ciò ha comportato un radicale cambio di prospettiva nel processo di apprendimento, ponendo i pazienti al centro di un sistema in cui sviluppare dinamiche, sperimentare attività, progettare, condividere, migliorando l'autostima oltre alle abilità relazionali e comunicative. La presenza di una persona

più vicino alla loro età e opportunamente formata, ha consentito di veicolare con maggiore efficacia la comunicazione e l'apprendimento, migliorando le competenze indispensabili per il raggiungimento del successo terapeutico da parte di ogni paziente, migliorando anche la trasmissione di esperienze e conoscenze tra i membri del gruppo AMA, che è stato costituito. Decisione importante è stata anche l'attivazione di un lavoro di rete con le altre istituzioni che ha permesso di creare un ambiente inclusivo, che mancava per i giovani pazienti. Un luogo anche "interno" dove promuovere la diversità, i comportamenti corretti dove ai pazienti viene riconosciuta una fiducia nelle loro abilità piuttosto che un'eccessiva concentrazione sulle difficoltà, capacità che acquisiranno anche individualmente, creando un circolo di supporto reciproco anche al di fuori della stanza di terapia, essendo più consapevoli e tolleranti verso sé stessi e gli altri. Dal timore di essere giudicati, alla mancanza di autostima, le problematiche, le emozioni e i pensieri di questi ragazzi hanno ricevuto modo di emergere ed essere accolti negli incontri individuali e successivamente anche nello stesso gruppo. Oltre a controllare il sintomo, entrambi i giovani sono riusciti a sperimentare una maggiore autonomia, progredendo anche a livello scolastico, raggiungendo degli obiettivi e ponendosene di nuovi. È stato importante poter ricostruire le storie di questi pazienti per poterle rinarrare sotto una nuova ottica, cercando di capire cosa succedeva nella loro famiglia e a scuola e fornire loro una nuova chiave di lettura.

## **BIBLIOGRAFIA**

Bacchini, D., Valerio, P. (a cura di). *Giovani a rischio. Interventi possibili in realtà impossibili*. Milano: Franco Angeli.

Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Giunti, Firenze. 2001.

Bowen, M., Andolfi, M., & De Nichilo, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo: la differenziazione del sé nel sistema familiare*. Astrolabio.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura (Vol. 43)*. Cortina, Milano.

Byng-Hall, J., & Bertrando, P. (1998). *Le trame della famiglia: attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Cortina.

Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611-621.

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 360.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*, 24(8), 957-979.

Favazza, A. R. (2011). *Bodies under siege: Self-mutilation, nonsuicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry*. JHU Press.

Giannotta, F., Ciairano, S., Bonino, S., & Morero, D. (2007). La percezione del rischio negli adolescenti: le fonti di informazione e le possibilità di comunicazione con adulti e coetanei. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 11(1), 3-26.

Haley, J. (1976). *Terapie non comuni: tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*. Astrolabio.

Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. M. (1994). *Beyond adolescence: Problem behaviour and young adult development*. Cambridge University Press.

Le Breton, D. (1995). *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi editore, 2007.

Lyng, S. (1990). Edgework: A social psychological analysis of voluntary risk taking. *American journal of sociology*, 95(4), 851-886.

Malagoli Togliatti, M. (2004). *Costruzione delle relazioni familiari all'interno della famiglia*. Paper presentato al Convegno internazionale Sviluppo della persona e promozione del senso.

Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio.

Palmonari, A. (2007). Adolescenza e psicologia sociale. *Psicologia sociale*, 2(2), 195-208.

Silbereisen, R. K., & Noack, P. (1988). *On the constructive role of problem behavior in adolescence*. Cambridge University Press.

Turp, M. (2002). *Hidden self-harm: Narratives from psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers.

Vallario, L. (2005). *Il rito del rischio nell'adolescenza*. Edizioni scientifiche Magi.

Vrouva, I., Fonagy, P., Fearon, P. R., & Rousow, T. (2010). The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation. *Psychological assessment*, 22(4), 852.

Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of personality and social psychology*, 39(5), 806.

Odelius, C. B., & Ramklint, M. (2014). Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis—a pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(1), 66-71.

Winnicott, D. W. (1961). *Adolescenza: il dibattersi nella bonaccia. La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*.

Winnicott, D. W. (2004). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, 1000-1008.

Zuckerman, M. (1971). Dimensions of sensation seeking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 36(1), 45.