

Studi

Le difficoltà emotive nello sviluppo: il caso dell'alessitimia e dell'autolesionismo. Dalla ricerca psicologica e neuroscientifica alla psicoterapia

Antonella Marchetti e Giulia Cavalli

Ricevuto il 31 ottobre 2012, accettato il 12 giugno 2013

Riassunto Lo scopo del lavoro è esaminare il contributo che la ricerca psicologica e neuroscientifica sulle difficoltà emotive nello sviluppo può offrire alla psicoterapia. Come situazioni esemplificative sono prese in esame l'alessitimia (incapacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni) e le condotte autolesive in adolescenza, alla cui base ritroviamo alcune problematiche emotive. Infine, a partire dall'analisi effettuata vengono discusse alcune questioni aperte di carattere sia teorico sia metodologico.

PAROLE CHIAVE: Competenza emotiva; Alessitimia; Autolesionismo; Neuroscienza; Psicoterapia.

Abstract *Emotional Developmental Disorders: The Case of Alexithymia and Self-harm. From Psychological and Neuroscientific Research to Psychotherapy* – The paper examines the contribution that psychological and neuroscientific research on emotional developmental problems may offer for psychotherapy. Alexithymia – i.e. the inability to recognize and express one's own emotions – and self-harm in adolescence are considered as examples of emotional problems. Starting from this analysis, we address some currently debated theoretical and methodological issues in psychotherapy.

KEYWORDS: Emotional Competence; Alexithymia; Self-Harm; Neuroscience; Psychotherapy.



Introduzione

TENTARE DI COMPRENDERE IL CONTRIBUTO che la ricerca psicologica e neuroscientifica sulle difficoltà emotive nello sviluppo possono offrire alla psicoterapia significa adottare una concezione di "sviluppo" all'insegna della complessità. All'interno di tale concezione, viene riconosciuto allo sviluppo dei sistemi viventi un

carattere eso-endogeno:¹ i processi di sviluppo emergono tanto dall'interno (dalle connessioni tra le parti che costituiscono il sistema) quanto dall'esterno (dall'interazione con l'ambiente, che inestricabilmente si "accoppia" con il sistema, in quel processo che Morin² chiama di auto-eco-organizzazione). Senza processi esogeni non vi sarebbero processi endogeni e viceversa³: l'interazione dialettica tra essi è ciò che possiamo

A. Marchetti - Unità di Ricerca sulla Teoria della Mente, Dipartimento di Psicologia – Università Cattolica "Sacro Cuore", Milano (✉)

E-mail: antonella.marchetti@unicatt.it

G. Cavalli - Università degli Studi telematica eCampus

E-mail: gcavalli7@gmail.com



osservare e che chiamiamo “sviluppo”.

Facciamo in questo senso riferimento a una posizione anti-riduzionista moderata, che considera il soggetto come parte del mondo naturale e riconosce l'importanza tanto degli aspetti biologici (cerebrali e corporei) quanto di quelli psicologici (stati mentali), ma non riducendolo *tout court* a tali proprietà: «la presenza di soggetti di esperienza *dovrebbe* essere registrata nel catalogo dei fatti di base della descrizione del mondo, e questa registrazione *potrebbe* andare oltre le capacità concettuali delle scienze naturali biologiche e psicologiche».⁴

Dal nostro punto di vista ciò significa che l'esperienza soggettiva di ciascuno, che muta e si arricchisce nello sviluppo, include inevitabilmente l'intreccio mente-corpo, che non può che essere immerso in un contesto spazio-temporale e culturale, con cui interagisce e anch'esso in continuo cambiamento.

Nella ricerca in psicologia dello sviluppo negli ultimi decenni si è andata consolidando una visione, coerente con tale premessa, che pone al centro la relazione tra soggetti, la comunicazione interpersonale e il contatto mentale, definiti con un unico termine: “intersoggettività”.⁵ Questo concetto risulta centrale negli ambiti psicoanalitico, socio-costruttivista e contestualista;⁶ per lo scopo del presente contributo ci soffermeremo unicamente sul concetto di intersoggettività all'interno di alcuni approcci psicoanalitici, per i quali è saliente il legame tra sviluppo e psicoterapia.

La mente, in quest'ottica, è inevitabilmente frutto di ciò che viviamo nelle relazioni,⁷ le quali si traducono, a livello operativo, in comportamenti che mettono in campo il corpo come veicolo principale di relazione affettiva durante l'infanzia. All'interno di tale visione, individuiamo due ambiti di studio, che hanno posto particolare attenzione alla relazione intersoggettiva.

Da un lato troviamo gli studi dell'*infant research*.⁸ una corrente di ricerca che fa riferimento alla psicoanalisi relazionale americana⁹ e che, grazie all'utilizzo della microanalisi delle interazioni *vis a vis* tra mamma e neonato, ha posto in evidenza la bi-direzionalità dell'interazione,

l'intrinseca connessione/sintonizzazione tra soggetti e la naturale capacità di reciprocità e regolazione interattiva, che consente al bambino – così come all'adulto, anch'esso in un continuo processo di crescita – di costruire insieme all'altro la propria mente e, in definitiva, la coscienza di sé.

Dall'altro lato incontriamo la prospettiva sulla mentalizzazione sviluppata da Fonagy e colleghi,¹⁰ che trae origine dalla psicologia delle relazioni oggettuali inglese,¹¹ intrecciandosi con la teoria dell'attaccamento,¹² e che pone l'accento sul ruolo dell'adulto, nell'interazione col bambino, nel consentire a quest'ultimo l'accesso alla capacità di cogliere la propria e altrui mente e di sviluppare quella che viene definita “affettività mentalizzata”, cioè la capacità di sentire (implicitamente ed esplicitamente) se stessi, i propri stati mentali, che si incarnano nel corpo.

Tanto l'approccio dell'*infant research* che quello della mentalizzazione, partendo dalle ricerche sulle interazioni madre-bambino, forniscono un'utile cornice di lettura anche per lo scambio intersoggettivo tra terapeuta e paziente, inteso come strumento principale attraverso il quale entrambi i soggetti implicati possono cogliere e accogliere se stessi e l'altro. Lo scambio dialogico, verbale e non verbale, per poter essere realmente vissuto, deve essere tradotto, entro vincoli psicobiologicamente determinati, attraverso l'utilizzo di codici sociali e culturali, a cui ciascuno di noi ha accesso attraverso la propria storia (individuale, transgenerazionale e sociale), sempre situazionalmente rinarrata.

Ci appare evidente che tali codici non possono che essere incarnati, in un cervello e in un corpo, in continua interazione con la mente e l'altro.¹³ Tale comunicazione diadica (tra adulto e bambino, così come tra terapeuta e paziente) sostiene l'auto-organizzazione dei singoli sistemi, costruendo progressivamente l'interregolazione della diade stessa; essa genera così un terzo sistema «auto-organizzante, che li contiene e che rappresenta la diade stessa».¹⁴

In quest'ottica è possibile tracciare un parallelismo tra la natura dello sviluppo e la natura del cambiamento terapeutico. Citando Varela potremmo dire che

non presumiamo che ci sia qualcosa di sostanziale o una qualità speciale situata da qualche parte in questa o in quell'area del mio cervello [...], è solamente il risultante delle sue connessioni dinamiche che connettono ogni singolo componente locale, eppure al tempo stesso non è identificabile con nessuna interazione in particolare.¹⁵

Si tratta del processo di emergenza, noto da decenni ai neuroscienziati e che sta diventando familiare anche agli psicologi dello sviluppo. L'organizzazione delle reti neurali interagisce in maniera complessa con le influenze endogene ed esogene,¹⁶ dando luogo allo sviluppo, concepito non soltanto in senso evolutivistico/adattivo, ma anche processuale/organizzativo. Nei contesti di vita, per esempio quello familiare e psicoterapeutico, assumiamo come l'emergenza (assoggettata a vincoli di vario tipo, tra cui – poniamo – l'età delle persone) e l'organizzazione processuale dello sviluppo o del divenire del sistema siano inevitabilmente eso-endogene.

Possiamo, quindi, affermare che dinamiche di causalità a spirale caratterizzano anche il potere trasformativo, quindi evolutivo, della psicoterapia, intesa come impresa congiunta che produce cambiamenti/sviluppi nel sistema-paziente-terapeuta. Il raggiungimento del benessere della persona, come esito terapeutico positivo, include necessariamente la possibilità di vivere relazioni interpersonali significative, all'interno del suo contesto socio-culturale. Ciò implica processi di trasformazione, di ampiezza variabile, intersoggettivamente costruiti, che investono gli aspetti neuropsicologici e di competenza emotiva (nelle sue componenti implicite ed esplicite), che si traducono in comportamenti visibili. La focalizzazione del modello terapeutico su un aspetto piuttosto che un altro conduce all'utilizzo di specifici metodi e strumenti, la cui integrazione costituisce la sfida attuale che gli approcci integrati stanno affrontando.

Se studi in questo ambito hanno evidenziato l'influenza dell'esperienza psicoterapeutica sulle attività cerebrali,¹⁷ nell'ottica di complessità, precedentemente abbozzata, è necessario ipotizzare anche l'influenza reciproca dell'attività ce-

rebrale sulla psicoterapia. Consideriamo, come sottolinea Damasio, che

esperienze diverse fanno variare la forza delle sinapsi dentro e attraverso molti sistemi neurali, l'esperienza foggia il disegno dei circuiti; [...] ne risulta che il disegno dei circuiti cerebrali continua a cambiare.¹⁸

D'altra parte il cambiamento nei circuiti cerebrali influenza il vissuto delle esperienze, le quali a loro volta incidono sul cervello e così via, in un'ottica di ricorsività complessa. E ancora Kandel scrive:

Anche i fattori sociali o di sviluppo (oltre all'espressione genica, n.d.a.) contribuiscono in maniera importante. Così come le combinazioni di geni contribuiscono al comportamento, incluso il comportamento sociale, così i fattori comportamentali e sociali possono esercitare delle azioni sul cervello, alimentando a loro volta la modifica dell'espressione dei geni e, quindi, della funzione delle cellule nervose. L'apprendimento, compreso l'apprendimento che si traduce nel comportamento disfunzionale, produce alterazioni nell'espressione genica. Così ciò che è "cultura" è in definitiva espresso come "natura". Nella misura in cui la psicoterapia è efficace e produce cambiamenti a lungo termine nel comportamento, lo fa presumibilmente attraverso l'apprendimento, producendo modifiche nell'espressione genica, che alterano la forza delle connessioni sinaptiche, e modifiche strutturali, che alterano il modello anatomico delle interconnessioni tra le cellule nervose e il cervello.¹⁹

Citando a questo proposito un caso riportato da Kandel,²⁰ il litio rende possibile la psicoterapia, impedendo al paziente di suicidarsi, ma solo la psicoterapia e non le "pastiglie" possono "addolcire il ritorno alla realtà". L'utilità della psicoterapia, anche dal punto di vista neuroscientifico,²¹ risiede, quindi, nella possibilità che essa ha di contribuire a un cambiamento/sviluppo della persona nella sua interezza,

data dall'intreccio complesso di cervello/corpo e mente, concepiti all'interno di un contesto.

Senza addentrarci ulteriormente all'interno di questa visione della complessità, che fa da sfondo alle riflessioni che seguiranno, ci interessa qui solamente aggiungere come la ricerca scientifica, dalla psicologia alle neuroscienze, incontri ancora molte difficoltà nel procedere a livello metodologico e di interpretazione dei dati nella direzione epistemologica ora delineata. Di questa difficoltà risente anche il presente contributo, che inevitabilmente parte dall'analisi di alcune variabili, leggendole in maniera parziale.

Inoltre, come si discuterà alla fine, la lettura dei risultati delle ricerche è resa ulteriormente problematica dall'utilizzo di costrutti teorici e strumenti simili, ma non sovrapponibili, da parte di più studiosi, appartenenti a diverse culture.

Come situazioni esemplificative della connessione tra aspetti bio-psico-sociali nelle difficoltà emotive nel corso dello sviluppo, prenderemo in considerazione una specifica difficoltà nella competenza emotiva, l'alessitimia e le condotte autolesive in adolescenza, alla cui base ritroviamo alcune problematiche emotive, tra cui l'alessitimia. Poiché, infatti, l'elaborazione delle emozioni è inevitabilmente "incarnata",²² è verosimile che le difficoltà emotive e vengano esperite con una particolare enfasi sul corpo nell'arco della vita (come ci mostrano gli studi sull'alessitimia), e specialmente in adolescenza, periodo caratterizzato da cambiamenti evidenti sia negli aspetti corporei, endocrini, neurochimici e cerebrali²³ sia in quelli psico-sociali.²⁴

La competenza emotiva

In psicologia dello sviluppo l'espressione "competenza emotiva" rimanda a un costrutto che include un insieme di capacità – tra loro strettamente interdipendenti – riferite alle emozioni, che evolve fin dalla nascita nella relazione con l'ambiente. La competenza emotiva comprende: la consapevolezza del proprio stato emotivo; la capacità di riconoscere e distinguere le emozioni altrui e di utilizzare il vocabolario emotivo (il linguaggio riferito alle emozio-

ni); la capacità empatica di coinvolgimento nelle esperienze emotive altrui; la capacità di differenziare tra stato emotivo interno ed espressione esterna; la capacità di fronteggiare le emozioni negative attraverso strategie di autoregolazione; la consapevolezza che la natura delle relazioni è in larga parte definita dal modo con cui le emozioni sono comunicate all'interno delle relazioni stesse; l'autoefficacia emotiva (riguarda il sentirsi in grado di vivere, regolare ed esprimere le emozioni).²⁵

Più sinteticamente, riprendendo il raggruppamento proposto da Denham,²⁶ si evidenziano tre fattori fondamentali (ciascuno dei quali, a propria volta, è composto da più dimensioni) che costituiscono la competenza emotiva: la comprensione, l'espressione e la regolazione delle emozioni. Sul loro sviluppo incidono numerose variabili, di tipo sia biologico (per esempio, le differenze di temperamento, l'intensità e la soglia della reattività emotiva, la capacità di inibire o controllare gli impulsi), sia relazionale (per esempio, le relazioni di attaccamento) ed ecologico (il rapporto con l'ambiente più esteso in cui il bambino viene allevato, come le condizioni economiche familiari e la cultura).²⁷

Quando si rileva un deficit a livello di uno o più dei tre fattori fondamentali, si parla in generale di difficoltà emotive. A questo proposito, sono numerosi gli studi che hanno indagato in soggetti in età evolutiva la difficoltà di comprensione delle emozioni e la scarsa consapevolezza emotiva,²⁸ la difficoltà nell'espressione delle emozioni²⁹ e nella loro regolazione.³⁰ È utile precisare che, nell'ottica di complessità nella quale ci collochiamo, il deficit nella competenza emotiva non rileva un "mancato adattamento" o uno "sviluppo negativo" del soggetto, quanto piuttosto indica delle specifiche modalità auto-eco-organizzative del sistema, che la ricerca associa nella nostra cultura a forme di sofferenza soggettiva e a psicopatologia.

Diverse ricerche³¹ attraverso un'ampia varietà di strumenti (questionari, scale, test standardizzati, prove costruite *ad hoc*), hanno evidenziato come la comprensione/consapevolezza, l'espressione e la regolazione delle emo-

zioni siano connesse tra loro e all'abilità di relazionarsi con gli altri. Ciò significa che la presenza di deficit in queste aree di sviluppo si associa a problematiche comportamentali nei bambini³². Anche gli studi in ambito neuroscientifico hanno messo in luce la complessità irriducibile ed emergente delle connessioni tra le aree cerebrali coinvolte nella competenza emotiva e quelle coinvolte nel funzionamento sociale e cognitivo.³³

Va inoltre considerato il ruolo dell'interazione tra cervello, geni e ambiente,³⁴ che rende tali connessioni uniche per ciascun individuo, considerato nel suo specifico contesto familiare e culturale e in quel determinato momento della sua vita.³⁵ L'unicità di tali connessioni, in un'ottica psicologica, si riferisce al fatto che l'espressione genica e cerebrale non sia stimolata (o meno) unicamente da specifici fattori ambientali, ma anche dal modo in cui questi ultimi vengono esperiti dal bambino; allo stesso modo, affermano Fonagy e Target, «i processi rappresentazionali intrapsichici non sono solo conseguenze di fattori ambientali o genetici: potrebbero, invece, essere i loro mediatori critici».³⁶ Le difficoltà emotive possono essere considerate, quindi, uno dei possibili esiti di queste complesse (non-lineari) interazioni.

Dal punto di vista psicologico-psicoterapeutico, le difficoltà emotive costituiscono alcune delle modalità di significare (principalmente a livello implicito e corporeo) il proprio stare nel mondo. A questo proposito, alla luce dell'ottica epistemologica e teorica delineata nell'introduzione, accenniamo brevemente alla teoria dell'espansione diadica di coscienza elaborata dallo studioso dell'*infant research* Ed Tronick³⁷ e, in particolare, al costrutto di "stati di coscienza", intesi come stati psicobiologici adeguati all'età e sempre mutevoli. I primi stati di coscienza presenti nel bambino piccolo sono fisiologici ed emotivi e rappresentano l'esito di processi che riguardano componenti interne e il rapporto tra queste e componenti esterne.

In questo senso, gli stati di coscienza sono creati e continuamente regolati all'interno di relazioni/contesti. L'interazione con il contesto, secondo la teoria di Tronick, può portare a

espandere lo stato di coscienza degli interagenti: «quando si forma uno stato diadico di coscienza, si creano nuovi significati che vengono inglobati nello stato di coscienza di entrambi i soggetti (o di più persone)»,³⁸ consentendo l'aumento della coerenza e della complessità del sistema e, in definitiva, lo sviluppo e il cambiamento. Si tratta primariamente di significati che sono, all'inizio della vita, costituiti da "corpo-emozione", dalla percezione corporea connessa al vissuto emotivo di piacevolezza o spiacevolezza. Con lo sviluppo tali significati si arricchiscono di nuovi elementi, come pensieri e fantasie: aspetti simbolici e impliciti-corporei si intrecciano per dar luogo, in ogni momento, a ciò che siamo.

Anche in contesti relazionali difficili si verifica l'espansione diadica della coscienza (che consente al sistema di mantenere il proprio livello di coerenza e organizzazione), che assume le caratteristiche proprie di quella specifica relazione. Se consideriamo, per esempio, l'ambiente di un bambino che ha una madre depressa, lo stato di coscienza del piccolo si arricchisce di stati emotivi che si co-creano nella relazione e che, quindi, avranno inevitabilmente a che fare anche le emozioni materne di tristezza, ritiro e rabbia (così come lo stato di coscienza della madre si arricchisce nella relazione con il bambino).

Le difficoltà emotive che potrebbero emergere in una situazione di questo tipo costituiranno uno specifico modo di significare la propria esistenza. Tuttavia non dobbiamo considerare che nello sviluppo "i giochi siano già conclusi" nel primo periodo della vita, dal momento che qualsiasi contesto contribuirà (con intensità differenti a seconda dello "spessore" della relazione che lo caratterizza)³⁹ all'espansione della coscienza e, quindi, al cambiamento. Esso potenzialmente potrebbe confluire tanto nella direzione di ciò che viene percepito come "star male" e dunque nell'acuirsi delle difficoltà emotive, nel caso, per esempio, di contesti di vita problematici, quanto nella direzione dello "star bene", come può accadere nel processo terapeutico.

In conclusione, la psicoterapia, così come lo sviluppo, può trovare linfa vitale proprio negli stati diadici di coscienza, alla loro base costituiti

dall'interconnessione di aspetti corporei ed emotivi, che costituiscono «il terreno fondamentale del cambiamento terapeutico ed evolutivo e dell'unicità delle relazioni».⁴⁰

L'alessitimia

L'alessitimia è l'incapacità di comprendere e parlare delle proprie emozioni.⁴¹ È definita come uno stile emotivo-cognitivo caratterizzato da: difficoltà nel riconoscere e nel descrivere agli altri le proprie emozioni, povertà di immaginazione e fantasia e pensiero orientato all'esterno (preoccupazione per i dettagli della realtà, più che per gli aspetti "interiori" delle persone).⁴²

Tra i processi cognitivi ed emotivi tipici di individui alessitimici (anche di coloro che non appartengono alla popolazione clinica) sembrano giocare un ruolo importante la scarsa o assente abilità di rappresentare simbolicamente le emozioni⁴³ e l'incapacità di regolare gli stati emotivamente intensi, così come dimostrato dalle ricerche sull'elaborazione cognitiva (riconoscimento e ricordo) di parole cariche emotivamente.⁴⁴

In sintesi, i bambini, gli adolescenti e gli adulti alessitimici hanno una relazione con sé e con il mondo esterno che a livello di rappresentazione implicita ed esplicita (e probabilmente dei legami tra questi due livelli)⁴⁵ esclude il riferimento agli stati emotivi: il loro cogliersi nel mondo (il loro "stato di coscienza") sembra riferirsi ad aspetti meramente descrittivi e tangibili (come il vissuto corporeo) e quando tentano di immaginare qualcosa al di là dell'osservabile il loro vissuto perde di vividezza.⁴⁶

Tra i fattori individuati alla base di questo stile emotivo-cognitivo sono stati ritenuti importanti quelli relativi al contesto: abusi, trascuratezze, legame di attaccamento insicuro⁴⁷.

Le ricerche condotte sulla popolazione adulta hanno evidenziato che l'alessitimia è associata a disturbi psichici caratterizzati da un'auto-regolazione emotiva "scarsa": per esempio gli alessitimici possono abbuffarsi di cibo⁴⁸ e assumere droghe⁴⁹, intraprendere azioni pericolose e sviluppare disturbi somatici⁵⁰ (si tratta di stili di regolazione emotiva definiti "maladattivi"), an-

ziché pensare all'emozione che stanno provando, per cercare di capirla, o parlarne con qualcuno.⁵¹ Inoltre, alti livelli di alessitimia possono essere associati all'esordio di disturbi psichiatrici e alla presenza di problematiche psicologiche, quali depressione,⁵² disturbo d'ansia,⁵³ disturbo post-traumatico da stress, disturbo dissociativo e dolore cronico.⁵⁴ Essa è stata rilevata in soggetti autistici⁵⁵ e nel disturbo ossessivo-compulsivo.⁵⁶ Infine, si è suggerito il legame tra alti livelli di alessitimia e disturbi dell'apprendimento.⁵⁷

In ambito evolutivo gli studi sono stati relativamente pochi.⁵⁸ Per esempio, si è rilevato che l'alessitimia in adolescenza predice patologie psicologiche e psichiatriche (come dissociazioni, disturbi alimentari e post-traumatici da stress),⁵⁹ oltre a essere un'importante mediatore degli effetti delle situazioni traumatiche e a influire sulla capacità di regolazione emotiva.⁶⁰

Rieffe e colleghi⁶¹ hanno osservato in soggetti di 6-15 anni la correlazione positiva tra alessitimia e presenza di umore negativo e di sintomi somatici. In una ricerca da noi condotta⁶² con 152 bambini di 6-11 anni è emerso come alcune caratteristiche dell'alessitimia (difficoltà a descrivere le emozioni e pensiero orientato all'esterno) correlino con difficoltà nella mentalizzazione, capacità che ha importanti riflessi sia sul funzionamento sociale che sulla regolazione emotiva e che consiste nell'abilità di attribuire stati mentali a sé e agli altri e di prevedere i comportamenti sulla base di essi.

Quest'ultimo dato è supportato anche da studi neuroscientifici che hanno evidenziato, attraverso tecniche di *brain imaging* funzionale, un'attivazione anomala della corteccia cingolata anteriore in presenza sia di una scarsa consapevolezza emotiva,⁶³ sia di deficit nella mentalizzazione⁶⁴ e un'iperattività neurale degli alessitimici durante compiti di mentalizzazione riferiti alle risposte emotive altrui.⁶⁵

Recentemente, Allen, Fonagy e Bateman,⁶⁶ nel contesto della loro riflessione sul ruolo della mentalizzazione nello sviluppo e nella clinica, hanno considerato l'alessitimia una difficoltà connessa con la mentalizzazione nella comunicazione linguistica. Tali autori hanno al riguardo riportato un'illuminante citazione di Moran:

è difficile negare [...] che un vocabolario superficiale o impoverito per la descrizione delle proprie emozioni rende superficiale anche la vita emotiva; e, viceversa, che più ricche risorse concettuali corrispondono a più ricche possibilità di risposte emotive. Una persona il cui universo concettuale emozionale è limitato a due possibilità, sentirsi bene e sentirsi poco bene, certamente non riuscirà a provare (e non solo non noterà) la stessa gamma delle possibili risposte di una persona con il vocabolario emozionale di Hanry James.⁶⁷

In questo senso, potremmo dire, nell'ottica dell'intersoggettività di Fonagy, che all'assenza di affettività mentalizzata corrisponde la mancata costruzione di un vocabolario emotivo e che la psicoterapia, che utilizza anche il canale verbale, facilita l'espansione di tale competenza linguistica, poiché rende "dicibili" un maggior numero di esperienze, arricchendo la struttura narrativa entro cui iscriviamo la nostra vita e che ci consente di dare senso al nostro passato, presente e futuro.

Occorre sottolineare che le varie visioni psicoanalitiche sull'intersoggettività nello sviluppo e nella clinica concordano nel ritenere che la possibilità di un'autentica esperienza emotiva implichi entrambi i livelli, implicito non verbale ed esplicito verbale, di tale esperienza e la connessione tra i due. Si considerino come esemplificative al riguardo la posizione di Trevarthen⁶⁸ sulla "psicologia di menti reciprocamente sensibili", di Stern⁶⁹ sui "momenti di incontro", intesi come esperienza vissuta non coincidente con il suo resoconto verbale o di Beebe e Lachmann⁷⁰ sull'influenza bidirezionale tra processi di simbolizzazione e il livello delle azioni implicite.

L'attuale ipotesi teorica sul funzionamento dei soggetti Alessitimici evidenzia come l'Alessitimia rifletta un deficit nella regolazione delle emozioni.⁷¹ Quest'ultima implica l'interazione fra tre sistemi: neurofisiologico (sistema nervoso autonomo e attivazione neuroendocrina), motorio-espressivo (espressione del volto, postura, tono della voce) e cognitivo-esperienziale (caratterizzato dalla consapevo-

lezza soggettiva delle emozioni e dalla loro espressione tramite il linguaggio);⁷² inoltre sappiamo come le emozioni siano regolate anche grazie alle interazioni sociali.⁷³

Negli individui con alti livelli di Alessitimia sono presenti deficit sia nel sistema cognitivo-esperienziale sia nella regolazione interpersonale delle emozioni; infatti, essi da un lato presentano difficoltà nell'identificare le proprie emozioni, nel riflettervi e nel comunicarle verbalmente, dall'altro tali caratteristiche li portano a fallire nel chiedere un aiuto o conforto. Inoltre, la scarsa capacità immaginativa limita ulteriormente le possibilità che gli Alessitimici hanno di regolare le proprie emozioni.⁷⁴

Sono probabilmente tali caratteristiche che influenzano l'esito dei vari tipi di trattamento (dalle terapie cognitivo-comportamentali a quelle psicodinamiche, da quelle individuali a quelle di gruppo): le ricerche evidenziano che bassi livelli di Alessitimia nei pazienti predicono esiti favorevoli.⁷⁵ Tale risultato tuttavia è ancora controverso,⁷⁶ alla luce anche del fatto che la psicoterapia produce il decremento dei tratti Alessitimici.⁷⁷ Si è comunque rilevato come la psicoterapia con gli Alessitimici raggiunga scarsi risultati, poiché solitamente l'approccio terapeutico implica una modalità simbolica di comunicazione (paziente e terapeuta parlano dei problemi del paziente), mentre, come abbiamo discusso in precedenza, questi pazienti interagiscono principalmente a livello non simbolico e rispondono alle emozioni attraverso l'attivazione corporea.⁷⁸

Un ulteriore elemento di riflessione per la psicoterapia proviene dalle ancora poco numerose ricerche neuroscientifiche sull'Alessitimia. I fattori genetici sembrano influenzare i livelli di Alessitimia, in particolare per quanto riguarda il pensiero orientato all'esterno,⁷⁹ ma ancora una volta dobbiamo ricordare, come sostenuto per esempio da Rutter,⁸⁰ che l'espressione dei geni non esiste come fattore isolato, ma emergente dalla relazione tra le parti del sistema e il contesto.

Attraverso l'elettroencefalografia, si è individuato nei soggetti Alessitimici un mancato aumento dell'attivazione del giro fusiforme e

del giro temporale inferiore durante il *reappraisal* (modificazione del significato emotivo dell'evento), che si connette a difficoltà di regolazione emotiva.⁸¹ Studi che hanno utilizzato la risonanza magnetica funzionale hanno evidenziato una ridotta attivazione della corteccia cingolata posteriore⁸², che sappiamo giocare un ruolo tanto nei processi emotivi che in quelli di memoria⁸³. Si sono evidenziati anche un ridotto funzionamento⁸⁴ e delle differenze morfometriche⁸⁵ nella corteccia cingolata anteriore (implicata nella percezione e regolazione emotiva e nella mentalizzazione).

Si è, inoltre, riscontrato, attraverso la risonanza magnetica funzionale, un ridotto funzionamento dell'insula.⁸⁶ L'insula è implicata nella possibilità di entrare in contatto con se stessi, svolgendo un ruolo cruciale per le informazioni che viaggiano tra i neuroni specchio (nelle aree prefrontali mediali) e le aree limbiche. Queste ultime supportano la competenza e l'elaborazione emotiva, la creazione di legami affettivi, la memoria di esperienze; inoltre svolgono una funzione regolatoria delle emozioni, attraverso l'ipotalamo, che è connesso alle funzioni endocrine. Neuroni specchio e aree limbiche a loro volta inviano (e ricevono) informazioni al (dal) tronco encefalico e al (dal) corpo.⁸⁷

In sintesi, l'insula supporta la consapevolezza delle rappresentazioni corporee e sembra costituire il substrato biologico dei vissuti emotivi soggettivi e dell'empatia.⁸⁸ Non vi è ragione per ipotizzare che tali circuiti neurali non siano parimenti coinvolti nella situazione terapeutica, situandosi alla base della possibilità di cogliere se stessi (il proprio stato di coscienza emergente dai processi cerebrali/corporei in relazione a quelli ambientali) nel proprio esserci e divenire nella relazione e influenzando l'andamento della relazione medesima.

Quando disconosciamo le emozioni, quando i circuiti deputati a ciò funzionano in maniera anomala, il corpo e le relazioni non vengono colti e fatti propri, come ben ci mostrano i soggetti Alessitimici; la psicoterapia, quindi, da un lato ne risente e ne viene ostacolata, ma dall'altro lato, attraverso l'esprimersi di due corpi-menti in relazione che co-creano stati

diadici di coscienza, può contribuire a un avvicinamento alle proprie emozioni.

L'autolesionismo

Affronteremo ora brevemente il tema delle difficoltà emotive nello sviluppo da un'altra angolazione, quella dei comportamenti autolesionistici negli adolescenti. L'interesse per questo fenomeno, che oggi assume proporzioni tali da considerarsi un vero e proprio problema sociale,⁸⁹ nasce da un lato dal fatto che – come nel caso dell'alessitimia – sono in esso presenti importanti difficoltà emotive e, dall'altro, esistono al riguardo evidenze psicologiche e alcuni primi dati neuroscientifici, la cui articolazione può ampliare la comprensione del fenomeno e contribuire a strutturare interventi psicoterapeutici e preventivi non riduttivi.

Dal momento che, come si è detto, l'elaborazione delle emozioni è "incarnata", le difficoltà emotive vengono vissute, specialmente in adolescenza, con un'enfasi sul corpo (dalla somatizzazione, al procurarsi ferite, all'utilizzo sregolato del proprio corpo attraverso le condotte alimentari, sessuali e le dipendenze), indicando la difficoltà a entrare in contatto con le proprie emozioni, a livello tanto corporeo quanto psicologico.

I comportamenti autolesionistici (per esempio, procurarsi tagli in varie parti del corpo con lamette, forbici, bruciarsi la pelle con le sigarette o costringersi a regimi dietetici esagerati che inducono sofferenza) sono caratterizzati dall'intenzionalità di farsi del male, sia in senso fisico che morale⁹⁰ e talvolta si associano a intenzioni suicidarie (sebbene non sia ancora chiaro il rapporto esistente tra autolesionismo e suicidio).⁹¹ Si considerano, quindi, parte di questo gruppo un'ampia gamma di comportamenti culturalmente inaccettabili, in cui il soggetto si infligge, in maniera diretta e deliberata, una ferita e in assenza di un disturbo pervasivo dello sviluppo.⁹²

Si tratta di comportamenti con esordio intorno ai 13-15 anni e strettamente connessi a difficoltà psicologiche: studi su popolazioni cliniche di adolescenti nelle comunità terapeuti-

che rilevano una prevalenza del fenomeno quasi doppia rispetto alla popolazione generale.⁹³ Tra i fattori di rischio che predispongono all'autolesionismo si ritrovano frequentemente storie di abuso fisico, sessuale o emotivo.⁹⁴

Per quanto concerne l'esperienza emotiva, i comportamenti autolesionistici vengono interpretati come vere e proprie modalità di regolazione delle emozioni negative, assumendo per lo più una funzione auto-calmante e talvolta una funzione autopunitiva.⁹⁵ Le ricerche hanno evidenziato il legame tra *distress* emotivo e agiti auto lesivi:⁹⁶ di fronte a emozioni negative esperite specialmente all'interno delle relazioni, il procurarsi dolore funge da fonte di sollievo,⁹⁷ a volte utilizzato anche come modalità per evitare di mettere in atto agiti più pericolosi e irrimediabili, come il suicidio.⁹⁸

Si parla in questi casi in generale di un deficit nella competenza emotiva: non solo chi compie atti autolesivi vive molte emozioni negative, che fatica a regolare,⁹⁹ ma presenta anche difficoltà nell'esperienza, nella consapevolezza e nell'espressione delle emozioni.¹⁰⁰ Gli studi sugli adolescenti relativi a questo ambito hanno sottolineato la presenza di isolamento emotivo e l'incapacità di comunicare le proprie emozioni, aspetti che, a propria volta, rinviano al costrutto dell'alessitimia.

Paivio e McCulloch¹⁰¹ hanno evidenziato il ruolo dell'alessitimia come mediatore tra maltrattamento infantile e autolesionismo in un campione di femmine adolescenti. In tal senso l'alessitimia può essere intesa come un meccanismo di *coping* di evitamento cognitivo delle emozioni associate all'abuso. Gli autori interpretano i risultati a favore di un modello causale in cui il deficit di consapevolezza ed espressione delle emozioni favorisce il legame tra una storia di maltrattamento infantile e le successive condotte autolesive; inoltre, data l'importanza dei processi emotivi nella genesi di questo tipo di disturbo, suggeriscono l'opportunità di orientarsi a interventi psicoterapeutici che si focalizzino sulla promozione della consapevolezza e della comunicazione delle esperienze emotive, quali i trattamenti psicodinamici, preceduti da un training specifico sulla

consapevolezza emotiva esplicita, che gli renda possibile fruire della terapia psicoanalitica, pena l'insuccesso del trattamento.

Una forma differente di abuso connesso all'autolesionismo è stata indagata da Garisch e Wilson¹⁰² in studenti di scuola superiore, mostrando come l'alessitimia sia un mediatore importante tra l'essere vittima di bullismo e le condotte autolesive. Secondo gli autori l'alessitimia contribuirebbe a isolare le vittime di bullismo dalle reti sociali positive e ostacolerebbe il *coping* relativo alle conseguenze emotive degli stress sociali. Tale legame tra alessitimia e autolesionismo è ulteriormente rafforzato dalla presenza di eventuali stati depressivi nell'adolescente, che faciliterebbero il ricorso a condotte autolesive in risposta all'abuso.

In ambito psicopatologico, gli agiti autolesivi sono presenti nel disturbo borderline di personalità¹⁰³ e si associano anche a disturbi internalizzanti (specialmente disturbi affettivi, ma anche ansiosi e somatoformi),¹⁰⁴ accompagnandosi spesso a episodi di dissociazione.¹⁰⁵

Dal punto di vista neuroscientifico, uno studio¹⁰⁶ ha rilevato che le aree del cervello che codificano l'intensità del dolore (nell'insula e nella corteccia somatosensitiva secondaria S2) non differenziano tra stimoli dolorosi generati dal contesto esterno e quelli auto-prodotti, mentre durante l'auto-produzione di dolore la corteccia somatosensitiva primaria (S1) presenta una minore attivazione.

Sappiamo che S1 proietta alla S2, la quale proietta a sua volta ad aree del lobo temporale importanti per la memoria tattile, cioè per quella contribuisce alla rappresentazione implicita corporea. Alla luce di tali risultati, è possibile ipotizzare da un punto di vista psicologico che l'autolesionismo porti il corpo-mente a sentire un dolore proveniente dall'interno, al fine di evitare un dolore più intenso proveniente dal mondo emotivo/relazionale. In questo modo, anche a livello fisiologico, emerge come l'evitare il contatto con le proprie emozioni, attraverso l'auto-infliggersi dolore, abbia un effetto meno doloroso (e quindi "calmante") rispetto al venire in contatto con le emozioni stesse.

Pertanto i comportamenti autolesionistici

possono essere considerati un modo di “riaggiustare” i livelli di endorfine. Infatti, da un lato i soggetti che mettono in atto tali condotte presentano un decremento di beta-endorfine nel liquor,¹⁰⁷ dall’altro, come avviene in generale nella nocicezione, il dolore provocato da tali condotte causa un rilascio di endorfine, che distrae dai sentimenti spiacevoli e dalla loro mentalizzazione.¹⁰⁸ Infine, le ricerche hanno evidenziato, utilizzando diverse metodologie, una disfunzione del sistema serotoninergico (bassa attività serotoninergica) nelle persone che compiono atti auto lesivi,¹⁰⁹ che costituisce il correlato biologico dei comportamenti impulsivi e aggressivi.¹¹⁰

Conclusioni

Al termine di questa breve disamina sull’alestitimia e sull’autolesionismo dal punto di vista della psicologia dello sviluppo e delle neuroscienze, rimangono numerose questioni aperte di carattere sia teorico sia metodologico.

Dal punto di vista teorico, gli studi psicologici e neuroscientifici sulle emozioni e sulle difficoltà nella competenza emotiva soffrono del fatto che i costrutti teorici utilizzati nella loro valutazione sono spesso diversi, solo in parte sovrapponibili. Ciò condiziona, ovviamente, anche il livello della scelta degli strumenti utilizzati nelle ricerche e nella diagnosi. Per quanto riguarda gli studi in campo clinico, inoltre, ci troviamo di fronte all’annosa difficoltà nel definire i fattori di cambiamento e nel valutare l’*outcome* nei differenti tipi di psicoterapia (a fronte anche di uno scarso investimento su questo tipo di ricerca).¹¹¹

Ci sembra importante portare l’attenzione anche sugli aspetti culturali. Infatti, nelle ricerche vengono spesso utilizzati strumenti elaborati all’interno di specifiche culture e successivamente validati in altre. Quanto questa operazione può ritenersi valida? Quanto i risultati ottenuti sono confrontabili tra loro? Si tratta di un problema insieme teorico e metodologico, che non può non essere tenuto in considerazione se ci muoviamo all’interno delle premesse epistemologiche delineate all’inizio di questo lavoro.

Possiamo notare come le differenze culturali, benché vengano considerate parzialmente nell’ambito della ricerca psicologica, ricevono invece ancora una scarsa considerazione all’interno della ricerca neuroscientifica. Se le rappresentazioni mentali (incluse quelle emotive) sono differenti da cultura a cultura, possiamo ragionevolmente domandarci: esistono cervelli diversi a seconda delle culture? Dal momento che, come ci sembra di poter sostenere alla luce delle considerazioni sinora proposte, la cultura interagisce con il cervello, la risposta non può che essere affermativa.¹¹²

Infine, evidenziamo la carenza di ricerche che, unitamente agli aspetti psicologici e biologici, includano anche gli aspetti contestuali. In che modo il contesto di vita (l’ambiente familiare e quello sociale/culturale più allargato, ma anche la psicoterapia, nella sua dimensione interattiva) interagisce con gli aspetti genetici e cerebrali, comportamentali ed emotivi e contribuisce alla crescita del soggetto e alle vicissitudini delle competenze e delle difficoltà emotive?

Come abbiamo visto, le correlazioni geni-ambiente svolgono un ruolo importante nell’influenzare gli esiti dell’esposizione al rischio ambientale, considerando che la loro influenza si produce anche attraverso gli effetti dei comportamenti dei genitori e del bambino nel selezionare e plasmare gli ambienti in cui si muovono. Inoltre, le associazioni tra specifici geni e rischi ambientali sembrano essere alla base di molti disturbi emotivi.¹¹³

Se ambienti nocivi hanno effetti duraturi, che persistono al di là dell’esperienza negativa, il meccanismo di mediazione deve comportare un qualche tipo di effetto biologico (anche se rimane da capire se questo riguarda meccanismi epigenetici o neuroendocrini o la modifica di modelli mentali).¹¹⁴

In quest’ottica la psicoterapia rappresenta solo una delle strade da percorrere – altre strade potrebbero essere di tipo farmacologico, corporeo o tutte queste integrate tra loro – per sostenere un cambiamento nell’auto-eco-organizzazione del sistema finalizzato al supera-

mento delle difficoltà emotive. La ricerca, in futuro, non potrà che perseguire con sempre maggior determinazione un'articolazione dei dati provenienti da differenti discipline.

Alla luce della posizione anti-riduzionista moderata, citata nell'introduzione, l'interpretazione dei dati fin qui discussi sulle relazioni tra difficoltà emotive, psicopatologia e psicoterapia può essere arricchita da una lettura del corporeo, in una direzione che consideri le differenze individuali, contestuali e culturali in maniera integrata (non come variabili indipendenti, ma come elementi interagenti a più livelli tra di loro). Un simile approccio potrebbe avere ricadute importanti anche a livello economico e sociale, dal momento che consentirebbe la progettazione di programmi di intervento preventivo e terapeutico maggiormente validi, in quanto in grado di considerare i diversi fattori in gioco e le loro interconnessioni.

Note

¹ S.A. KAUFFMAN, *At Home in the Universe: The Search for Laws of Self-Organization and Complexity*, Oxford University Press, Cambridge (MA) 1995 (trad. it. *A casa nell'universo. Le leggi del caos e della complessità*, traduzione di F. SERRA, Editori Riuniti, Roma 2011); T. PIEVANI, *Il soggetto contingente*, in: «Rivista Italiana di Gruppoanalisi», vol. XV, n. 2, 2001, pp. 1-45.

² E. MORIN, *Le vie della complessità*, in: G. BOCCHI, M. CERUTI (a cura di), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano 1985, pp. 49-60.

³ Cfr. S. OYAMA, *The Ontogeny of Information. Developmental Systems and Evolution*, Duke University Press, Durham (NC) 2000.

⁴ M. DI FRANCESCO, *L'io e i suoi sé. Identità personale e scienza della mente*, Raffaello Cortina, Milano, 1998, p. 18.

⁵ Cfr. M. LAVELLI, *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina, Milano, 2007; L. CARLI, C. RODINI, *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.

⁶ Cfr. O. LIVERTA SEMPIO, A. MARCHETTI (a cura di), *Il pensiero dell'altro. Contesto, conoscenza e teorie della mente*, Raffaello Cortina, Milano, 1995; A. MARCHETTI, O. LIVERTA SEMPIO (a cura di), *Uno con molti. Cultura e costruzione dell'in-*

dividualità, UTET, Torino, 2004.

⁷ Cfr. D.J. SIEGEL, *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, Guilford, New York 1999 (trad. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, traduzione di L. MAEDDU, Raffaello Cortina, Milano 2011).

⁸ Cfr. D.N. STERN, *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York 1995 (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, traduzione di A. BIOCCHA, L.M. BIOCCHA, Bollati Boringhieri, Torino 1987); B. BEEBE, F.M. LACHMANN, *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*, The Analytic Press, Hillsdale (NJ) 2002 (trad. it. *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*, traduzione di D. SARRACINO, Raffaello Cortina, Milano 2003); L. SANDER, *Sistemi viventi. L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*, a cura di G. AMADEI, I. BIANCHI, traduzione di B. OSIMO, Raffaello Cortina, Milano 2007.

⁹ Cfr. S.A. MITCHELL, *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*, Harvard University Press, Cambridge 1988 (trad. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*, traduzione di S. RIVOLTA, Bollati Boringhieri, Torino 1993).

¹⁰ Cfr. P. FONAGY, G. GERGELY, E.L. JURIST, M. TARGET, *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, Other Press, New York 2002 (trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, traduzione di R. Williams, Raffaello Cortina, Milano 2005).

¹¹ Cfr. H.A. BACAL, K.M. NEWMAN, *Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology*, Columbia University Press, Oxford 1990 (trad. it. *Teorie delle relazioni oggettuali e psicologia del sé*, traduzione di G. STELLA, Bollati Boringhieri, Torino 1993).

¹² P. FONAGY, M. TARGET, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.

¹³ M. GROPPA, A. MARCHETTI, *Pensare il pensiero: l'intersoggettività come "luogo" di incontro tra menti e tra prospettive teoriche*, in: O. LIVERTA SEMPIO, A. MARCHETTI (a cura di), *Teoria della mente e relazioni affettive. Contesti familiari e contesti educativi*, UTET, Torino 2001, pp. 95-104.

¹⁴ L. CARLI, C. RODINI, *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*, cit., p. 27.

¹⁵ F.J. VARELA, *Quattro pilastri per il futuro della scienza cognitiva*, in: «Pluriverso», vol. II, 2000,

pp 6-15, citazione a p. 9.

¹⁶ D.J. SIEGEL, *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, cit.; E.R. KANDEL, J.H. SCHQARTZ, T.M. JESSEL (eds.), *Principles of Neural Science*, McGraw-Hill, New York 2000 (trad. it. *Principi di neuroscienze*, traduzione di V. PERRI, G. SPIDALIERI, CEA, Milano 2003).

¹⁷ Cfr. M. SOLMS, O. TURNBULL, *The Brain and the Inner World*, Other Press, New York 2002 (trad. it. *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*, traduzione di A. CLARICI, Raffaello Cortina, Milano 2004); A. ETKIN, C. PITTEGER, H.J. POLAN, E.R. KANDEL, *Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications*, in: «The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences», vol. XVII, n. 2, 2005, pp. 145-148; D.E.J. LINDEN, *How Psychotherapy Changes the Brain – The Contribution of Functional Neuroimaging*, in: «Molecular Psychiatry», vol. XI, n. 6, 2006, pp. 528-538.

¹⁸ A. DAMASIO, *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, Avon Book, New York 1994 (trad. it. *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, traduzione di F. MACALUSO, Adelphi, Milano 1995, p. 169).

¹⁹ Cfr. E.R. KANDEL, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, in: «American Journal of Psychiatry», vol. CLV, n. 4, 1998, pp. 457-469.

²⁰ E.R. KANDEL, *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, American Psychiatric Publishing, Washington 2005 (trad. it. *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, a cura di D. SARRACINO, Raffaello Cortina, Milano, 2007, p. 454).

²¹ E.R. KANDEL, *Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry. Revisited*, in: «American Journal of Psychiatry», vol. CLVI, n. 4, 1999, pp. 505-524; L. JANIRI, R. GUGLIELMO, A. BRUSCHI, *Psicoterapia e neuroscienze: l'integrazione possibile*, in: «Modelli per la mente», vol. II, 2009, pp. 7-13; M. RUTTER, *Gene-Environment Interplay*, in: «Depression and Anxiety», n. 27, 2010, pp. 1-4.

²² Cfr. A.R. DAMASIO, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Harcourt Brace, New York 1999 (trad. it. *Emozione e coscienza*, traduzione di S. FREDIANI, Adelphi, Milano 2000).

²³ Cfr. T.W. BOYER, *The Development of Risk-taking: A Multiperspective Review*, in: «Develop-

mental Review», vol. XXVI, n. 3, 2006, pp. 291-345.

²⁴ Cfr. A. PALMONARI, *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino, 1997.

²⁵ Cfr. V.L. ZAMMUNER, *Lo sviluppo della competenza emotiva*, in: «Rassegna di Psicologia», vol. X, n. 3, 1993, pp. 105-131; C. SAARNI, *The Development of Emotional Competence*, Guilford Press, New York 1999.

²⁶ Cfr. S.A. DENHAM, *Emotional Development in Young Children*, Guilford Press, New York 1998 (trad. it. *Lo sviluppo emotivo nei bambini*, Astrolabio, Roma 2001).

²⁷ Cfr. R.H. SCHAFFER, *Social and Personality Development*, Wadsworth Publishing, Belmont (CA) 2008.

²⁸ Cfr. R.D. LANE, G.E. SCHWARTZ, *Levels of Emotional Awareness: A Cognitive-developmental Theory and its Application to Psychopathology*, in: «American Journal of Psychiatry», vol. CXLIV, n. 2, 1987, pp. 133-143; S. BARON-COHEN, S. WHEELWRIGHT, A. SPONG, V. SCAHILL, K. LAESON, *Are Intuitive Physics and Intuitive Psychology Independent? A Test with Children with Asperger Syndrome*, in: «Journal of Developmental and Learning Disorders», vol. V, n. 1, 2001, pp. 47-78; F. PONS, J. LAWSON, P.L. HARRIS, M. DE ROSNAY, *Individual Differences in Children's Emotion Understanding: Effects of Age and Language*, in: «Scandinavian Journal of Psychology», vol. XLIV, n. 4, 2003, pp. 247-353; C. RIEFFE, P. OOSTERVELD, M. MEERUM TERWOGT, *An Alexithymia Questionnaire for Children: Factorial and Concurrent Validation Results*, in: «Personality and Individual Differences», vol. XL, n. 1, 2006, pp. 123-133.

²⁹ Cfr. K. MELLOR, D. DAGNAN, *Exploring the Concept of Alexithymia in the Lives of People with Learning Disabilities*, in: «Journal of Intellectual Disabilities», vol. IX, n. 3, 2005, pp. 229-239; E. WALLER, C.E. SCHEIDT, *Somatiform Disorders as Disorders of Affect Regulation: A Development Perspective*, in: «International Review of Psychiatry», vol. XVIII, n. 1, 2006, pp. 13-24; N. YUILL, J. LYON, *Selective Difficulty in Recognising Facial Expressions of Emotion in Boys with ADHD*, in: «European Child & Adolescent Psychiatry», vol. XVI, n. 6, 2007, pp. 298-404.

³⁰ N. EISENBERG, A. CUMBERLAND, T. SPINRAD, R. FABES, S. SHEPARD, M. REISER, B. MURPHY, S. LOSOYA, I. GUTHRIE, *The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and*

Internalizing Problem Behaviour, in: «Child Development», vol. LXXII, n. 4, 2001, pp. 1112-1134; N. GARNEFSKI, V. KRAAIJ, P. SPINHOVEN, *Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Emotional Problems*, in: «Personality and Individual Differences», vol. XXX, n. 8, 2001, pp. 1311-1327; P. FONAGY, G. GERGELY, E.L. JURIST, M. TARGET, *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, cit.; J.S. SILK, L. STEINBERG, A.S. MORRIS, *Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior*, in: «Child Development», vol. LXXIV, n. 6, 2003, pp. 1869-1880.

³¹ Cfr. C. IZARD, S. FINE, D. SCHULTZ, A. MOSTOW, B. ACKERMAN, E. YOUNGSTROM, *Emotion Knowledge as a Predictor of Social Behavior and Academic Competence in Children at Risk*, in: «Psychological Science», vol. XII, n. 1, 2001, pp. 18-23; S.A. DENHAM, K.A. BLAIR, E. DEMULDER, J. LEVITAS, K. SAWYER, S. AUERBACH-MAJOR, P. QUEENAN, *Preschool Emotional Competence: Pathway to Social Competence?*, in: «Child Development», vol. LXXIV, n. 1, 2003, pp. 238-256.

³² Cfr. S.A. DENHAM, A.T. KOCHANOFF, «*Why is she Crying?*»: *Children's Understanding of Emotion from Preschool to Preadolescence*, in: L.F. BARRETT, P. SALOVEY (eds.), *The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence*, Guilford Press, New York 2002, pp. 239-270.

³³ Cfr. J.J. GROSS, *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review*, in: «Review of General Psychology», vol. II, n. 5, 1998, pp. 271-299; D.J. SIEGEL, *Toward an Interpersonal Neurobiology of the Developing Mind: Attachment Relationships, "Mindsight", and Neural Integration*, in: «Infant Mental Health», vol. XXII, n.1-2, 2001, pp. 67-94; K.-P. LESCH, *Linking Emotion to the Social Brain*, in: «EMBO reports», vol. VIII, Supp. 1, 2007, pp. 24-29; J. BRAMHAM, R.G. MORRIS, J. HORNAK, P. BULLOCK, C.E. POLKEY, *Social and Emotional Functioning Following Bilateral and Unilateral Neurosurgical Prefrontal Cortex Lesions*, in: «Journal of Neuropsychology», vol. III, Pt. 1, 2009, pp. 125-143.

³⁴ Cfr. M. RUTTER, J. SILBERG, *Gene-environment Interplay in Relations to Emotional and Behavioral Disturbance*, in: «Annual Review of Psychology», vol. LIII, 2001, pp. 463-490.

³⁵ Sul tema *Gene-environment interdependence* si veda anche «European Journal of Developmental Psychology», vol. IX, n. 4, 2012, pp. 389-445

³⁶ P. FONAGY, M. TARGET, *Psychoanalytic Theo-*

ries. Perspective from Developmental Psychopathology, Whurr, London 2003 (trad. it. *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*, a cura di F. DEL CORNO, Raffaello Cortina, Milano 2005, p. 383).

³⁷ E.Z. TRONICK, *Why is Connection with Others so Critical? The Formation of Dyadic States of Consciousness: Coherence Governed Selection and the Co-creation of Meaning out of Messy Meaning Making*, in: J. NADEL, D. MUIR (eds), *Emotional Development*, Oxford University Press, Cambridge 2004, pp. 293-315 (trad. it. *Perché la connessione con gli altri è così importante? Formazione degli stati di coscienza ed espansione degli stati di coscienza dell'individuo: selezione retta dalla coerenza e co-creazione del significato partendo da una formazione disordinata del significato*, in: E.Z. TRONIK, *Regolazione emotiva*, a cura di C. RIVA CRUGNOLA, C. RODINI, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 297-327).

³⁸ *Ivi* (trad. it. p. 298).

³⁹ *Ivi* (trad. it. p. 284).

⁴⁰ *Ivi* (trad. it. p. 295).

⁴¹ Cfr. J.C. NEMIAH, P.E. SIFNEOS, *Psychosomatic Illness: A Problem in Communication*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. XVIII, n. 1, 1970, pp. 154-160.

⁴² Cfr. G.J. TAYLOR, R.M. BAGBY, D.A. PARKER, *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, Cambridge University Press, New York 1997 (trad. it. *Disturbi della regolazione affettiva*, traduzione di M. SPERANZA, Giovanni Fioriti, Roma 2000); A. TONI, *Alessitimia, tra emozione e cognizione nell'arco della vita*, in: «Età evolutiva», vol. LXXXVII, n. , 2007, pp. 117-128.

⁴³ W. BUCCI, *Symptoms and Symbols: A Multiple Code Theory of Somatization*, in: «Psychoanalytic Inquiry», vol. XVII, n. 2, 1997, pp. 151-172

⁴⁴ Cfr. T. SUSLOW, K. JUNGHANN, *Impairments of Emotion Situation Priming in Alexithymia*, in: «Personality and Individual Differences», vol. XXXII, n. 3, 2002, pp. 541-550; T. SUSLOW, A. KERSTING, V. AROLT, *Alexithymia and Incidental Learning of Emotional Words*, in: «Psychological Reports», vol. XCIII, n. 3 Pt.2, 2003, pp. 1003-1012; O. LUMINET, N. VERMEULEN, C. DEMARET, G.J., TAYLOR, R.M. BAGBY, *Alexithymia and Levels of Processing: Evidence for an Overall Deficit in Remembering Emotion Words*, in: «Journal of Research in Personality», vol. XL, n. 5, 2006, pp. 713-733.

⁴⁵ Cfr. W. BUCCI, *Symptoms and Symbols: A Mul-*

tiple Code Theory of Somatization, cit.

⁴⁶ Cfr. A. ALEMAN, *Feelings you can't Imagine: Towards a Cognitive Neuroscience of Alexithymia*, in: «Trends in Cognitive Science», vol. XIX, n. 12, 2005, pp. 535-555.

⁴⁷ Cfr. H. BEREMBAUM, *Childhood Abuse, Alexithymia, and Personality Disorder*, in: «Journal of Psychosomatic Research», vol. XLI, n. 6, 1996, pp. 485-495; A. WEARDEN, N. LAMBERTON, N. CROOK, V. WALSH, *Adult Attachment, Alexithymia, and Symptom Reporting. An Extension to the Four Category Model of Attachment*, in: «Journal of Psychosomatic Research», vol. LVIII, n. 3, 2005, pp. 279-288.

⁴⁸ Cfr. G.J. TAYLOR, J.D. PARKER, R.M. BAGBY, M.P. BOURKE, *Relationships Between Alexithymia and Psychological Characteristics Associated with Eating Disorders*, in: «Journal of Psychosomatic Research», vol. XLI, n. 6, 1996, pp. 561-568; J. LARSEN, T. VAN STRINE, R. EISINGA, R. ENGELS, *Gender Differences in the Association Between Alexithymia and Emotional Eating in Obese Individuals*, in: «Journal of Psychosomatic Research», vol. LX, n. 3, 2006, pp. 237-243.

⁴⁹ Cfr. C. EVREN, B. EVREN, *Self-mutilation in Substance-dependent Patients and Relationship with Childhood Abuse and Neglect, Alexithymia and Temperament and Character Dimensions of Personality*, in: «Drug and Alcohol Dependence», vol. LXXX, n. 1, 2005, pp. 15-22.

⁵⁰ Cfr. G.J. TAYLOR, *Recent Developments in Alexithymia Theory and Research*, cit.; V. DE GUCHT, W. HEISER, *Alexithymia and Somatization. A Quantitative Review of the Literature*, in: «Journal of Psychosomatic Research», vol. LIV, n. 5, 2003, pp. 425-434.

⁵¹ Cfr. G.J. TAYLOR, *Recent Developments in Alexithymia Theory and Research*, in: «Canadian Journal of Psychiatry», vol. XLV, n. 2, 2000, pp. 134-141.

⁵² Cfr. K. HONKALAMPI, J. HINTIKKA, A. TAN-SKANEN, J. LEHTONEN, H. VIINAMAKI, *Depression is Strongly Associated with Alexithymia in the General Population*, in: «Journal of Psychosomatic Research», vol. XLVIII, n., 2000, pp. 99-104.

⁵³ Cfr. C. MARCHESI, S. FANTÒ, C. BALISTA, C. CIMMINO, C. MAGGINI, *Relationship Between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. LXXIV, n. 1, 2005, pp. 56-60.

⁵⁴ Cfr. A.S. BADURA, *Theoretical and Empirical*

Exploration of the Similarities Between Emotional Numbing in Posttraumatic Stress Disorder and Alexithymia, in: «Anxiety Disorders», vol. XVII, n. 3, 2003, pp. 349-360.

⁵⁵ Cfr. E. HILL, S. BERTHOZ, U. FRITH, *Cognitive Processing of Own Emotions in Individuals with Autistic Spectrum Disorder and Their Relatives*, in: «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. XXXIV, n. 2, 2004, pp. 229-235.

⁵⁶ Cfr. H. GRABE, S. RUHRMANN, S. ETTTEL, A. MÜLLER, F. BUHTZ, A. HOCHREIN, S. SCHULZE-RAUSCHENBACH, K. MEYER, S. KRAFT, C. RECK, R. PUKROP, J. KLOSTERKÖTTER, P. FALKAI, W. MAIER, M. WAGNER, U. JOHN, H. FREYBERGER, *Alexithymia in Obsessive-Compulsive Disorder. Results from a Family Study*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. LXXV, n. 5, 2006, pp. 312-318.

⁵⁷ Cfr. K. MELLOR, D. DAGNAN, *Exploring the Concept of Alexithymia in the Lives of People with Learning Disabilities*, in: «Journal of Intellectual Disabilities», vol. IX, n. 3, 2005, pp. 229-239.

⁵⁸ Cfr. G. CAVALLI, *La comprensione degli stati mentali propri e altrui: il caso delle emozioni*, in: O. LIVERTA SEMPIO, G. CAVALLI, A. VALLE, *Comprensione sociale ed emozioni nel ciclo di vita. Aspetti tipici e a rischio*, Carocci, Roma 2007, pp. 29-42.

⁵⁹ Cfr. M. ZONNEVYLLE-BENDER, S. VAN GOOZEN, P. COHEN-KETTENIS, A. VAN ELBURG, H. VAN ENGELAND, *Emotional Functioning in Anorexia Nervosa Patients: A Controlled Study*, in: «European Children and Adolescent Psychiatry», vol. XIII, n. 1, 2004, pp. 28-34.

⁶⁰ Cfr. L. SOLANO, F. CAPOZZI, L. DE GENNARO, M. BONADIES, M. DI TRANI, V. LA FERLITA, N. TOMASSETTI, *Il costrutto dell'alestitimia in età evolutiva. Aspetti teorici e possibilità di valutazione*, in: R. CERUTTI, V. GUIDETTI (a cura di), *Psicosomatica in età evolutiva*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2007, pp. 121-149.

⁶¹ Cfr. C. RIEFFE, P. OOSTERVELD, M. MEERUM TERWOGT, *An Alexithymia Questionnaire for Children: Factorial and Concurrent Validation Results*, cit.

⁶² Cfr. O. LIVERTA SEMPIO, A. MARCHETTI, G. CAVALLI, *Theory of Mind and Alexithymia in children*, 15th Meeting of the European Society for Philosophy and Psychology, Geneva 2007.

⁶³ Cfr. J. LARSEN, N. BRAND, B. BERMOND, R. HIJMAN, *Cognitive and Emotional Characteristics of Alexithymia: A Review of Neurobiological Stud-*

ies, in: «Journal of Psychosomatic Research», vol. LIV, n. 6, 2003, pp. 533-541.

⁶⁴ Cfr. C. FRITH, U. FRITH, *Interacting Minds – Biological Basis*, in: «Science», vol. CCLXXVI, n. 5445, 1999, pp. 1692-1695; C. FRITH, U. FRITH, *The Neural Basis of Mentalizing*, in: «Neuron», vol. L, n. 4, 2006, pp. 531-534; Y. MORIGUCHI, T. OHNISHI, R.D. LANE, M. MAEDA, T. MORI, K. NEMOTO, H. MATSUDA, G. KOMAKI, *Impaired Self-awareness and Theory of Mind: An fMRI Study of Mentalizing in Alexithymia*, in: «Neuroimage», vol. XXXII, n. 3, 2006, pp. 1471-1482.

⁶⁵ Cfr. K.S. GOERLICH, *Feelings with No Name. In Search of a Neural Basis for Alexithymia*, Dissertation, University Medical Center, Groningen, The Netherlands 2012.

⁶⁶ Cfr. J.G. ALLEN, P. FONAGY, A.W. BATEMAN, *Mentalizing in Clinical Practice*, American Psychiatric Publishing, Arlington 2008 (trad. it. *Mentalizzazione nella pratica clinica*, traduzione di M. SIMONE, R. VOI, Raffaello Cortina, Milano, 2010).

⁶⁷ R. MORAN, *Authority and Estrangement: An Essay on Self-knowledge*, Princeton University Press, Princeton 2001, pp. 40-41

⁶⁸ Cfr. C. TREVARTHEN, *The Concept and Foundations of Infant Intersubjectivity*, in: S. BRATEN (ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*, Cambridge University Press, Cambridge 1998, pp. 15-46.

⁶⁹ Cfr. D.N. STERN, *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, Norton, New York 2004 (trad. it. *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, traduzione di D. SARRACINO, Raffaello Cortina, Milano, 2005).

⁷⁰ Cfr. B. BEEBE, F.M. LACHMANN, *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*, cit.

⁷¹ Cfr. G.J. TAYLOR, R.M. BAGBY, D.A. PARKER, *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, cit.

⁷² Cfr. G.J. TAYLOR, *Recent Developments in Alexithymia Theory and Research*, cit.

⁷³ Cfr. R.A. THOMPSON, *Emotion Regulation: A Theme in Search of a Definition*, in: N.A. FOX (ed.), *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. LIX, University of Chicago Press, Chicago 1994, pp. 25-52.

⁷⁴ Cfr. G.J. TAYLOR, *Recent Developments in Alexithymia Theory and Research*, cit.

⁷⁵ Cfr. M. MCCALLUM, W.E. PIPER, J.S. OGDONICZUK, A.S. JOYCE, *Relationships Among Psychological Mindedness, Alexithymia and Outcome in*

Four Forms of Short-term Psychotherapy, in: «Psychology & Psychotherapy», vol. LXXXVI, Pt.2, 2003, pp. 133-144; P. PORCELLI, O. TODARELLO, *Review sul ruolo dell'alexithymia nell'esito del trattamento*, in: «Psicoterapia e Scienze Umane», vol. XLII, n. 2, 2008, pp. 179-198; J.S. OGDONICZUK, W.E. PIPER, A.S. JOYCE, A.A. ABBASS, *Alexithymia and Treatment Preferences among Psychiatric Outpatients*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. LXXVIII, n. 6, 2009, pp. 383-384; J.S. OGDONICZUK, W.E. PIPER, A.S. JOYCE, *Effect of Alexithymia on the Process and Outcome of Psychotherapy: A Programmatic Review*, in: «Psychiatry Research», vol. CXC, n. 1, 2011, pp. 43-48.

⁷⁶ Cfr. M. RUFER, R. ALBRECHT, J. ZAUM, U. SCHNYDER, C. MUELLER-PFEIFFER, I. HAND, O. SCHMIDT, *Impact of Alexithymia on Treatment Outcome: A Naturalistic Study of Short-term Cognitive-behavioral Group Therapy for Panic Disorder*, in: «Psychopathology», vol. XLIII, n. 3, 2010, pp. 170-179.

⁷⁷ Cfr. M. BERESNEVAITE, *Exploring the Benefits of Group Psychotherapy in Reducing Alexithymia in Coronary Heart Disease Patients: A Preliminary Study*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. LXIX, n. 3, 2000, pp. 117-122; H.J. GRABE, J. FROMMER, A. ANKERHOLD, C. ULRICH, R. GROGER, G.H. FRANCE, S. BARNOW, H.J. FREYBERGER, C. SPITZER, *Alexithymia and Outcome in Psychotherapy*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. LXXVII, n. 3, 2008, pp. 189-194; C. TULIPANI, F. MORELLI, M.R. SPEDICATO, E. MAIELLO, O. TODARELLO, P. PORCELLI, *Alexithymia and Cancer Pain: The Effect of Psychological Intervention*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. LXXIX, n. 3, 2010, pp. 156-163.

⁷⁸ Cfr. S. VANHEULE, P. VERHAEGHE, M. DESMET, *In Search of a Framework for the Treatment of Alexithymia*, in: «Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice», vol. LXXXIV, n. 1, 2011, pp. 84-97.

⁷⁹ Cfr. M. VALERA, H. BERENBAUM, *A Twin Study of Alexithymia*, in: «Psychotherapy and Psychosomatics», vol. LXX, n. 5, 2001, pp. 239-246.

⁸⁰ Cfr. M. RUTTER, *Gene-environment interplay*, cit.; si veda anche «European Journal of Developmental Psychology», cit.

⁸¹ Cfr. O. POLLATOS, K. GRAMANN, *Attenuated Modulation of Brain Activity Accompanies Emotion Regulation Deficits in Alexithymia*, in: «Psychophysiology», vol. XLIX, n. 5, 2012, pp. 651-

658.

⁸² Cfr. T. MANTANI, Y. OKAMOTO, N. SHIRAO, G. OKADA, S. YAMAWAKI, *Reduced Activation of Posterior Cingulate Cortex During Imagery in Subjects with High Degrees of Alexithymia: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study*, in: «Biological Psychiatry», vol. LVII, n. 9, 2005, pp. 982-990; Y. MIYAKE, Y. OKAMOTO, K. ONODA, N. SHIRAO, T. MANTANI, S. YAMAWAKI, J. HIROSHIMA, *Neural Correlates of Alexithymia in Response to Emotional Stimuli: A Study Of Anorexia Nervosa Patients*, in: «Journal of Medical Sciences», vol. LVIII, n. 1, 2009, pp. 1-8.

⁸³ Cfr. R.J. MADDOCK, A.S. GARRETT, M.H. BUONOCORE, *Remembering Familiar People: The Posterior Cingulate Cortex and Autobiographical Memory Retrieval*, in: «Neuroscience», vol. CIV, n. 3, 2001, pp. 667-676; R.J. MADDOCK, A.S. GARRETT, M.H. BUONOCORE, *Posterior Cingulate Cortex Activation by Emotional Words: fMRI Evidence From a Valence Decision Task*, in: «Human Brain Mapping», vol. XVIII, n. 1, 2003, pp. 30-41.

⁸⁴ Cfr. T. MANTANI ET AL., *Reduced Activation of Posterior Cingulate Cortex During Imagery in Subjects with High Degrees of Alexithymia: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study*, cit.; Y. MIYAKE et al., *Neural Correlates of Alexithymia in Response to Emotional Stimuli: A Study of Anorexia Nervosa Patients*, cit.

⁸⁵ Cfr. H. GUNDEL H., A. LOPEZ-SALA, A.O. CEBALLOS-BAUMANN, J. DEUS, N. CARDONER, B. MARTEN-MITTAG, C. SORIANO-MAS, J. PUJOL, *Alexithymia Correlates With the Size of the Right Anterior Cingulate*, in: «Psychosomatic Medicine», vol. LXVI, n. 1, 2004, pp. 132-140.

⁸⁶ Cfr. Y. MIYAKE ET AL., *Neural Correlates of Alexithymia in Response to Emotional Stimuli: A Study of Anorexia Nervosa Patients*, cit.; G. BIRD, G. SILANI, R. BRINDLEY, S. WHITE, U. FRITH, T. SINGER, *Empathic Brain Responses in Insula are Modulated by Levels of Alexithymia but not Autism*, in: «Brain», vol. CXXXIII, n. 5, 2010, pp. 1515-1525.

⁸⁷ Cfr. J. SIEGEL, *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*, Bantam, New York 2010 (trad. it. *Mindisight. La nuova scienza della trasformazione personale*, a cura di G. AMADEI, traduzione di A. PRUNAS, Raffaello Cortina, Milano 2011).

⁸⁸ Cfr. A. ALEMAN, *Feelings you can't Imagine*, cit.; D.J. SIEGEL, *Mindsight*, cit.

⁸⁹ Cfr. M. ROSSI MONTI, A. D'AGOSTINO, *Autoleisionismo*, Carocci, Roma 2009.

⁹⁰ Cfr. N. GHEZZANI, *Volersi male*, Franco Angeli, Milano 2003.

⁹¹ Cfr. D. SIMEON, A.R. FAVAZZA (eds.), *Self-injurious Behaviors: Assessment and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington (DC) 2001.

⁹² Cfr. I. VROUVA, P. FONAGY, P.R.M. FEARON, T. RUSSOW, *The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents: Development and Psychometric Evaluation*, in: «Psychological Assessment», online advanced, doi: 10.1037/a0020583.

⁹³ Cfr. R. CERUTTI, M. MANCA, F. PRESAGHI, K.L. GRATZ, *Prevalence and Clinical Correlates of Deliberate Self-harm Among a Community Sample of Italian Adolescents*, in: «Journal of Adolescence», vol. XXXIV, n. 2, 2010, pp. 337-347.

⁹⁴ Cfr. A.R. FAVAZZA, *The Coming Age of Self-mutilation*, in: «Journal of Nervous and Mental Diseases», vol. CLXXXVI, n. 5, 1998, pp. 259-268; S.P. LEWIS, D.A. SANTOR, *Self-harm Reason, Goal Achievement, and Prediction of Future Self-harm Intent*, in: «Journal of Nervous and Mental Diseases», vol. CXCVIII, n. 5, 2010, pp. 362-369.

⁹⁵ Cfr. E.D. KLONSKY, J.J. MUEHLENKAMP, *Self-Injury: A Research Review for the Practitioner*, in: «Journal of Clinical Psychology», vol. LXIII, n. 11, 2007, pp. 1045-1056; D.E. KLONSKY, *The Functions of Self-injury in Young Adults Who Cut Themselves: Clarifying the Evidence for Affect-regulation*, in: «Psychiatry Research», vol. CLXVI, n. 2-3, 2009, pp. 260-268.

⁹⁶ Cfr. D.E. KLONSKY, *The Functions of Self-injury in Young Adults Who Cut Themselves*, cit.; J. SUTTON, *Healing the Hurt Within: Understand Self-injury and Self-harm, and Heal the Emotional Wounds*, How to books, Oxford 2007.

⁹⁷ Cfr. L.F. LOWENSTEIN, *Youths who Intentionally Practice Self-harm. Review of the Recent Research 2001-2004*, in: «International Journal of Adolescent Medicine and Health», vol. XVII, n. 3, 2005, pp. 225-230.

⁹⁸ Cfr. S. SCHOPPMANN, R. SCHROCK, W. SCHNEPP, A. BUSCHER, *"Then I just showed her my arms..." Bodily Sensations in Moments of Alienation Related to Self-injurious Behavior*, in: «Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing», vol. XIV, n. 6, 2007, pp. 587-597.

⁹⁹ Cfr. K.L. GRATZ, *Targeting Emotion Dysregulation in the Treatment of Self-Injury*, in: «Journal of Clinical Psychology», vol. LXIII, n. 11, 2007, pp. 1091-1103.

¹⁰⁰ Cfr. D.E. KLONSKY, *The Functions of Self-injury in Young Adults Who Cut Themselves*, cit.

¹⁰¹ Cfr. S.C. PAIVIO, C.R. MCCULLOCH, *Alexithymia as Mediator Between Childhood Trauma and Self-injurious Behaviors*, in: «Child Abuse & Neglect», vol. XXVIII, n. 3, 2004, pp. 339-354.

¹⁰² Cfr. J. GARISCH, M.S. WILSON, *Vulnerabilities to Deliberate Self-harm Among Adolescents: The Role of Alexithymia and Victimization*, in: «British Journal of Clinical Psychology», vol. XLIX, Pt.2, 2010, pp. 151-162.

¹⁰³ Cfr. A.P. WINSTON, *Recent Developments in Borderline Personality Disorder*, in: «Advances in Psychiatric Treatment», vol. VI, n. 3, 2000, pp. 211-217.

¹⁰⁴ Cfr. C. HAW, K. HAWTON, K. HOUSTON, E. TOWNSEND, *Psychiatric and Personality Disorders in Deliberate Self-harm Patients*, in: «The British Journal of Psychiatry», vol. CLXXVIII, n. 1, 2001, pp. 48-54; I. VROUVA, P. FONAGY, P.R.M. FEARON, T. RUSSOW, *The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents: Development and Psychometric Evaluation*, cit.

¹⁰⁵ Cfr. K.L. GRATZ, S.D. CONRAD, L. ROEMER, *Risk Factors for Deliberate Self-harm Among College Students*, in: «American Journal of Orthopsychiatry», vol. LXXII, n. 1, 2002, pp. 128-140.

¹⁰⁶ Cfr. C. HELMCHEN, C. MOHR, C. ERDMANN, F. BINKOFSKI, C. BUCHEL, *Neural Activity Related to Self-versus Externally Generated Painful Stimuli Reveals Distinct Differences in the Lateral Pain System in a Parametric fMRI Study*, in: «Human Brain Mapping», vol. XXVII, n. 9, 2006, pp. 755-765.

¹⁰⁷ Cfr. B. STANLEY, L. SHER, S. WILSON, R. EKMAN, Y. HUANG, J. MANN, *Non-suicidal Self-injurious Behavior, Endogenous Opioids and Monoamine Neurotransmitters*, in: «Journal of Affective Disorders», vol. CXXIV, n. 1-2, 2010, pp. 134-140.

¹⁰⁸ Cfr. K.L. GRATZ, *Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review*, in: «Clinical Psychology: Science and Practice», vol. X, n. 2, 2003, pp. 192-205; M. MIKOLAJCZAK, K.V. PETRIDES, J. HURRY, *Adolescents Choosing Self-harm as an Emotion Regulation Strategy: The Protective Role of Trait Emotional Intelligence*, in: «British Journal of Clinical Psychology», vol. XLVIII, Pt.2, 2009 pp. 181-193; D.E. KLONSKY, *The Functions of Self-injury in Young Adults Who Cut Themselves*, cit.

¹⁰⁹ Cfr. S. HERPERTZ, H. SASS, A. FAVAZZA, *Impulsivity in Self-mutilative Behavior: Psychometric and Biological Findings*, in: «Journal of Psychiatric Research», vol. XXXI, n. 4, 1997, pp. 451-465.

¹¹⁰ Quando si impedisce il riassorbimento della serotonina nel terminale presinaptico attraverso l'uso di farmaci (si ha, quindi, a disposizione più serotonina nella fessura sinaptica), si rileva un effetto di riduzione dell'aggressività in soggetti impulsivi che hanno un disturbo di personalità: E.F. COCCARO, R.J. KAVOUSSI, R.L. HAUGER, *Serotonin Function and Antiaggressive Response to Fluoxetine: A Pilot Study*, in: «Biological Psychiatry», vol. XLII, n. 7, 1997, pp. 546-552.

¹¹¹ *Therapy Deficit. Studies to Enhance Psychological Treatments are Scandalously Under-supported*, in: «Nature», Editoriale 27 settembre 2012.

¹¹² Cfr. J.Y. CHIAO (ed.), *Special Issue on Cultural Neuroscience*, in: «Social Cognitive and Affective Neuroscience», vol. V, 2010.

¹¹³ Cfr. M. RUTTER, T.E. MOFFITT, A. CASPI, *Gene-environment Interplay and Psychopathology: Multiple Varieties but Real Effect*, in: «Journal of Child Psychology and Psychiatry», vol. XLVII, n. 3-4, 2006, pp. 226-261.

¹¹⁴ Cfr. M. RUTTER, *Gene-environment Interplay*, cit., p. 3.