

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II



Scuola di dottorato di Scienze Psicologiche e Pedagogiche

Dottorato di Ricerca in Studi di Genere

(Ciclo XXVII)

Tesi di Dottorato

Corpi, Cicatrici e Genere:

l'Autolesionismo in Adolescenza dal Virtuale al Reale.

Tutor

Prof.ssa Giorgia Margherita

Candidata

Dott.ssa Anna Gargiulo

Coordinatore

Prof.ssa Caterina Arcidiacono

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

*A Vittoria,
la prima paziente autolesionista
che ho incontrato,
alle sue,
alle nostre,
alle mie
cicatrici.*

Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato nella realizzazione di questo lavoro. In primo luogo ringrazio sentitamente la Prof.ssa Giorgia Margherita, per la guida scientifica e il sostegno affettivo, per le preziose riflessioni ed il tempo dedicato, per tutto quello che, con passione e sensibilità, ha saputo donarmi e insegnarmi in questi anni.

Ringrazio tutti i professori che mi hanno ascoltato ed ispirato, in particolare, in ordine alfabetico, la Prof.ssa Arcidiacono per l'immane disponibilità, la Prof.ssa Freda per gli insegnamenti profusi, il Prof. Kapusta che mi ha accolto e coinvolto nei suoi progetti, la Prof.ssa Marino per il profondo interesse e il suo modo di guardarmi dentro, la Prof.ssa Nunziante Cesàro per le accurate riflessioni e gli aneddoti storici condivisi.

Un grazie speciale lo dedico alle Prof.sse Guida e De Vivo e al Prof. Moio che mi hanno accolto e sostenuto nella realizzazione della ricerca negli istituti scolastici. Ringrazio inoltre la Dott.ssa D'Esposito che mi ha aiutato con impegno e professionalità nel monitoraggio dei siti online.

Desidero ringraziare tutti i colleghi per il continuo sostegno e i proficui confronti professionali, in particolare Gina e Grazia per l'ascolto sincero, Maria Luisa e Nunzia per la loro generosità, Valentina per gli autentici consigli.

Ringrazio le mie amiche che mi hanno sempre incoraggiata, in particolare Daniela che ha condiviso con me tutta se stessa. Grazie di cuore alla mia famiglia che mi ha sempre supportata, in particolare ringrazio mio fratello Rodolfo per il rispetto mostrato per il mio lavoro. Un ringraziamento speciale va a Raffaele per il supporto e l'incoraggiamento, per tutte le sue carezze e le nostre risate.

Infine ringrazio tutti i ragazzi e le ragazze che hanno preso parte alla ricerca, raccontando e condividendo le loro preziose storie.

Indice

INTRODUZIONE	6
I CAPITOLO. Il fenomeno dell'autolesionismo in adolescenza tra condotte a rischio, psicopatologia e contesti virtuali	10
1.1	Condotte a rischio e condotte autolesive in adolescenza11
1.2	Sintomo o Sindrome? Inquadramento diagnostico dell'Autolesività Non Suicidaria.....14
1.2.1	Aspetti epidemiologici: quale <i>genere</i> di autolesività?21
1.2.2	Psicodinamica delle funzioni autolesive: dalla dimensione intrapsichica a quella interpersonale26
1.2.3	Regolazione e dis-regolazione affettiva29
1.3	Dal diario di un'autolesionista virtuale: il fenomeno dei siti Pro-Autolesionismo30
II CAPITOLO. L'autolesionismo tra corpo e genere: modelli e riflessioni psicoanalitiche	37
2.1	Pulsioni, sangue e cicatrici: il rifiuto del corpo sessuato38
2.2	Essere una Self-cutter: tagli a <i>delimitare</i>40
2.2.1	La pelle come involucro di dolore44
2.2.2	Vicissitudini dell'immagine corporea48
2.2.3	Note sul meccanismo di dissociazione

	nell'autolesionismo.....	50
2.3	Derive masochistiche del femminile: l'autolesionismo come punizione del Sé	53
III	CAPITOLO. Corpo, Identità e Relazioni: uno studio qualitativo sull'autolesionismo femminile in adolescenza dai contesti virtuali a quelli reali	57
3.1	Il disegno di ricerca	57
	3.1.1 Obiettivi della ricerca	57
	3.1.2 Ipotesi della ricerca	58
3.2	Metodologia	59
	3.2.1 Il campione	59
	3.2.1.1 Il campione virtuale	59
	3.2.1.2 Il campione non clinico	61
	3.2.2 Gli strumenti	61
	3.2.3 La procedura	65
3.3	L'analisi dei dati	66
	3.3.1 Analisi qualitativa dei testi narrativi	66
	3.3.2 Analisi quantitativa degli strumenti psicometrici	68
3.4	Risultati	68
	3.4.1 Risultati analisi dei cluster dei siti Pro-Autolesionismo ...	68
	3.4.1.1 Interpretazione secondo gli assi fattoriali	74
	3.4.2 Risultati analisi statistiche degli strumenti psicometrici ...	75
	3.4.3 Risultati analisi dei cluster delle narrazioni	81
	3.4.3.1 Interpretazione secondo gli assi fattoriali	86
3.5	Discussione dei risultati	87
	CONCLUSIONI	89
	BIBLIOGRAFIA	95

INTRODUZIONE

“Io buco, passa l’infinito di lì, passa la luce... tutti hanno creduto che volessi distruggere: ma non è vero, io ho costruito”. Queste le parole di Fontana sull’opera *“Concetto Spaziale. Attese”*. Un invito a guardare l’attesa, il margine, nelle sue dimensioni spaziali e temporali. L’opera dei tagli sembra custodire dei vertici di lettura che possono accompagnare nell’introduzione al tema dell’autolesionismo: le polarità distruzione/costruzione, infinito/finito, luce/ombra e il concetto di attesa, come sospensione tra due elementi in costante contatto.

Lo squarcio come la cicatrice rende evidente l’esistenza tra due spazi, un dentro e un fuori, tra due tempi, un prima e un dopo, che possono essere attraversati e percorsi in entrambe le direzioni; il taglio li definisce, li distingue, ma al contempo li amalgama in un’ombra dai contorni indefiniti. La cicatrice, quindi, come una caesura, che separa e collega.

Nello scritto di Bion *“Caesura”* (1974), questa è un confine attraversabile e dotato di permeabilità selettiva; è continuità, come ricorda nel primo riferimento a Freud (1926): *“c’è molta maggiore continuità fra la vita intrauterina e la primissima infanzia di quanto non ci lasci credere l’impressiva caesura dell’atto della nascita”* (p. 237). In questo lavoro sul metodo psicoanalitico, Bion invita ad indagare *“la caesura, il legame, la sinapsi”* (p. 99), a penetrare la barriera per accedere al pensiero.

In un articolo sulla relazione tra la percezione del Sè e il bisogno dell’altro, attraversata anche con il vertice mente-corpo, Bruni (2014) riflette sull’impossibilità di vedere il bordo tra i due territori immaginari del corpo e della

mente, e sull'importanza della disponibilità a “*diminuire la luce*” per vedere che “*non c'è nessuna linea di confine tra psichico e somatico, casomai una fessura di ignoto, generatrice di due possibili modi di rappresentare una medesima realtà*” (p. 760).

Con questi modelli di riferimento ho guardato l'autolesionismo e le cicatrici che può aprire tra Sè e Altro, psiche e soma, pensiero e emozione, maschile e femminile, conscio e inconscio.

L'autolesionismo moderato, inteso come lesione della superficie corporea (tagliarsi, bruciarsi, graffiarsi, colpirsi), si sta diffondendo in maniera sempre più allarmante tra gli adolescenti, in special modo tra le giovani ragazze, al punto che la letteratura ha iniziato ad indagare il fenomeno, spostandosi gradualmente dai contesti clinici a quelli più generali, sottolineando come tali condotte possano rappresentare significativi indicatori di un crescente malessere giovanile.

La cultura del narcisismo, il dominio di valori materialistici, la spinta ad uno stile di vita competitivo ed altri fattori tipici della società contemporanea possono contribuire a generare nei giovani un senso di alienazione e di solitudine, andando a complicare le sfide adolescenziali, come quella che attiene alla costruzione dell'identità.

L'essere un autolesionista può rappresentare una risposta patologica a tale compito, una protesi identitaria (Ladame, 2004). Paradossalmente, si distrugge e si lacerava il proprio corpo per creare, costruire, delimitare il Sè.

Incisioni, tagli e bruciature comunicano la necessità di depositare sulla pelle vissuti emotivi che potrebbero essere contenuti, mentalizzati, espressi altrove. La pelle come una tela. Prende corpo un linguaggio di confine, pre-simbolico, viscerale, come nelle forme estreme autolesive di *body-art* contemporanea.

I corpi femminili lesi esplodono nel web. Immagini di ferite e post taglienti sono condivisi nei profili online dedicati all'autolesionismo, in cui sembra risulti più facile *identificarsi*, in questi casi, come una giovane autolesionista.

Alla luce degli aspetti sopracitati ho esplorato il fenomeno,

problematizzando sulla relazione che intercorre tra autolesionismo e genere.

Nel primo capitolo ho descritto i comportamenti autolesionistici in adolescenza, a partire dalla distinzione tra le condotte autolesive e le condotte a rischio. Successivamente ho illustrato le questioni cliniche relative all'inquadramento diagnostico e all'epidemiologia dell'autolesionismo, per giungere a presentare l'organizzazione del fenomeno nei contesti virtuali, raggruppando una serie di questioni che hanno aperto appassionanti dibattiti nel panorama scientifico contemporaneo. Infine ho dedicato uno spazio alla presentazione dei modelli che si sono interrogati sulle funzioni psichiche connesse all'atto lesivo, approfondendo in special modo la funzione di regolazione affettiva. In questa prima parte ho considerato il genere come organizzatore empirico per mettere in evidenza le differenze tra maschi e femmine nelle manifestazioni autolesive.

Nel secondo capitolo ho approfondito il legame tra autolesionismo e genere da un vertice psicoanalitico. In particolare, attraversando gli assi delle pulsioni, dell'identità e del masochismo, mi sono interrogata sul ricorso ai comportamenti autolesionistici in adolescenza, prestando attenzione alle sfide specifiche che la tappa adolescenziale impone, prima fra tutti la costruzione identitaria. Ho indagato il corpo e l'immagine corporea, la pelle e i fluidi di passaggio, come il sangue, nonché i significati che i tagli al *limite* evocano. A partire dal riconoscimento del ruolo centrale del corpo in adolescenza, come luogo di trasformazione, sessuazione, identificazione, relazione, ho guardato il rapporto mente-corpo e i meccanismi difensivi tipicamente adolescenziali che chiamano in causa il corpo, come *l'acting-out*, nonché quelli primitivi come la dissociazione. Nell'autolesionismo la dissociazione tra il Sè e la propria immagine corporea sembra spiegare la trasformazione del corpo estraneo in oggetto esterno, suscettibile di essere attaccato.

Il terzo capitolo è stato dedicato all'esposizione dello studio qualitativo volto ad indagare la rappresentazione del Sè, in particolare del Sè corporeo, la regolazione delle emozioni e le dinamiche relazionali in adolescenti con condotte di autolesionismo, esplorando i contesti virtuali e quelli reali. A

partire da un'analisi dei siti italiani Pro-Autolesionismo, pagine virtuali che raccolgono e condividono storie e immagini femminili di adolescenti autolesioniste, ho deciso di indagare i contesti reali, esplorando il fenomeno negli istituti scolastici del territorio napoletano. Mi sono avvalsa di una metodologia quali-quantitativa in grado di interrogare il fenomeno nella sua complessità. La ricerca, che parte dall'interesse per il legame tra autolesionismo e genere femminile, sostenuto soprattutto dai contesti clinici e virtuali, proverà a realizzare uno screening del fenomeno in un campione non clinico di adolescenti, aprendo senso sulla rappresentazione dell'identità autolesionista nelle sue declinazioni in funzione del genere.

I CAPITOLO. Il fenomeno dell'autolesionismo in adolescenza tra condotte a rischio, psicopatologia e contesti virtuali.

*“..so cosa significa voler morire e che sorridere fa male
e che ci provi ad inserirti ma non ci riesci e che fai
del male al tuo corpo per cercare di distruggere
la cosa che hai dentro”*

Susan dal film *Ragazze Interrotte*

Nel seguente capitolo cercherò di illustrare cosa s'intende per autolesionismo in adolescenza, attraversando le sfumature che il fenomeno presenta nel confrontarsi con le varie manifestazioni del disagio giovanile nell'epoca postmoderna. Occorre infatti, in prima istanza, portare avanti un'opera di differenziazione tra le condotte autolesive e i comportamenti a rischio, per poi addentrarsi in questioni più prettamente cliniche, come l'inquadramento diagnostico, l'epidemiologia e le funzioni psichiche dell'autolesionismo. Infine si presenterà una lettura psicodinamica delle nuove declinazioni del fenomeno nei contesti virtuali. In questa prima parte il genere sarà considerato una variabile, un organizzatore empirico della ricerca delle manifestazioni autolesive. Questa operazione permetterà di avere un quadro più completo, e senz'altro complesso, della nascita e dello sviluppo del fenomeno autolesivo nella popolazione "adolescenziale 2.0" considerata, muovendo verso una riflessione psicoanalitica che accompagnerà il lettore nel capitolo successivo, ad un passo dall'esposizione della ricerca in senso stretto.

1.1 Condotte a rischio e condotte autolesive in adolescenza.

La fase adolescenziale rappresenta il periodo di vita in cui prende corpo, con particolare intensità¹, 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 un rischio personale e che mettono in pericolo 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 (Cattellino 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 Sé”, 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 pseudoallucinazioni, dove è presente il ricorso ad immagini sostitutive in un mondo non reale (abusi mediatici, suicidio). Questa classificazione mette

1 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

l'accento sulla dimensione solipsistica e de-realistica che i comportamenti pericolosi stanno assumendo nella modernità, rinforzati dall'evolvere del sistema 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 che sto portando avanti, dal momento che ritorneranno come elementi fondamentali nell'organizzazione della patologia autolesiva in adolescenza. Mi riferisco ai fattori definiti di "ricerca di sensazioni" (*sensation seeking*) 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). 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 fase specifici (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 aduttà, come assunzione anticipata di comportamenti socialmente riconosciuti come adulti (sigaretta, alcool, sesso), di autonomia, di affermazione e sperimentazione del Sé, di trasgressione,

appartenenti a differenti tipologie di rischio (Vallario, Giorgi, Martorelli e Cozzi, 2005).

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 indiretto.

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. Per autolesionismo infatti si fa riferimento ad un'alterazione deliberata ed auto-inflitta della propria superficie corporea, senza alcuna intenzione suicida (Favazza, 1996), come vedremo più nel dettaglio nel paragrafo successivo.

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).

1.2 Sintomo o Sindrome? Inquadramento diagnostico dell'Autolesività Non Suicidaria.

Dedicherò adesso uno spazio alle questioni che hanno riguardato le trasformazioni del fenomeno dell'autolesionismo negli ultimi decenni e che hanno aperto un dibattito scientifico, ancora fervido, sui dilemmi relativi alla classificazione diagnostica del comportamento autolesivo, considerato storicamente un sintomo, proposto tuttavia come sindrome contemporanea. Proverò, dunque, a traghettare il lettore nei meandri di tali problemi, impattando aspetti storici, terminologici, nosografici, clinici, per giungere a mettere in luce la prevalenza del comportamento nei campioni clinici e non clinici, prestando particolare attenzione alle sfumature di genere.

Mi avvarrò di due studi realizzati negli ultimi anni. Il primo (Gargiulo, Plener, Baus, Margherita, Brunner, Kaess e Kapusta, 2014) è frutto di un'esperienza di *Visiting PhD Student* presso il Dipartimento di Psicoanalisi e Psicoterapia della Medical University of Vienna (Austria), che ha sancito la

collaborazione scientifica della Cattedra di Psicologia Dinamica con il *Suicide Research Group* del Prof. Kapusta sui temi dell'autolesionismo e del suicidio. Il *Suicide Research Group* si occupa di portare avanti progetti di ricerca sul fenomeno del suicidio, indagando fattori di rischio e resilienza, epidemiologici e clinici, puntando a sviluppare interventi di prevenzione, trattamenti clinici specifici e programmi di promozione della salute; per tali motivi rappresenta uno dei principali collaboratori del programma SUPRA (Suicide Prevention Austria) del Ministero della Salute austriaco.

All'interno di tale collaborazione si è deciso di dedicare un lavoro al recente inquadramento dell'autolesività nel DSM-5, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association, mettendo in luce in che modo l'introduzione dell'Autolesività Non Suicidaria come sindrome migliorerebbe la ricerca, le strategie di prevenzione e di trattamento, dal momento che la presenza di numerose etichette diagnostiche e la concezione dell'autolesionismo come sintomo di altri disturbi non ne ha favorito nel tempo la rilevazione e la comprensione. Nel secondo lavoro (Gargiulo e Margherita, 2014a; 2014b) è stata realizzata una rassegna teorica degli studi internazionali e nazionali che fino al 2014 si sono occupati di autolesionismo, assumendo come criterio organizzatore il genere, al fine di evidenziare eventuali differenze significative.

Prima di entrare nella descrizione delle controversie legate agli aspetti sopracitati mi sento di precisare alcuni elementi di carattere storico. Anche se il comportamento autolesionista è stato sempre presente nelle sue svariate forme nella storia umana, solo dalla prima metà dell'Ottocento in poi ha iniziato ad attrarre l'attenzione della letteratura medico-scientifica e, dal Novecento, di quella psicoanalitica. La prima pubblicazione scientifica su un caso di autolesionismo (Bergmann, 1846) esponeva la storia di una donna di 48 anni, la quale, affetta da una forma grave di psicosi maniaco-depressiva, si era cavata entrambi gli occhi perché considerati la testimonianza del suo peccato: desiderare un uomo. Bisognerà aspettare gli studi di Emerson (1913) e soprattutto di Menninger (1938) per iniziare a parlare di autolesionismo da un punto di vista psicoanalitico. Proprio quest'ultimo elaborò la prima classificazione del comportamento e ne definì le

differenze rispetto al tentativo di suicidio e al suicidio. Dagli anni Sessanta in poi si susseguirono diverse e sempre più dettagliate classificazioni (Burstow, 1992; Favazza, 1996; Pao, 1969, *syndrome of delicate self-cutting*; Reik, 1941; Pattinson e Kahan, 1983; Rosenthal, Rinzler, Walsh e Klausner, 1972, *wrist-cutting syndrome*; Favazza, 1992, *repetitive self-mutilation*). Proprio il volume “*corpi sotto assedio: automutilazione e modificazione corporea in cultura e psichiatria*” di Armando Favazza (1996) costituisce la prima completa disamina dell’automutilazione, definita nei termini di una distruzione o alterazione deliberata e diretta del proprio tessuto corporeo senza un cosciente intento suicida. Attualmente si fa ancora riferimento alla classificazione dettagliata proposta da Favazza, perfezionata negli anni (Favazza e Rosenthal, 1993; Simeon e Favazza, 2001), volta a dividere l’autolesionismo in *Self-injury* approvato culturalmente, a sua volta diviso in rituali e pratiche, e *Self-injury* deviante-patologico, con i sottotipi stereotipato, maggiore, compulsivo e istintivo.

Negli ultimi tre decenni gli studi sull’argomento si sono quasi triplicati, estendendo l’interesse anche ai campioni non clinici (Nock, 2010). Tuttavia l’utilizzo di numerosi termini differenti per definire il fenomeno autolesivo ha generato una grande confusione nella ricerca (Claes e Vandereycken, 2007), mostrando una tendenza a sovradiagnosticare o diagnosticare in maniera scorretta (Sarno, 2008), nonché a sottostimare o erogare trattamenti non pertinenti ai casi specifici di autolesionismo deliberato (Kapur et al., 2013), così come accade per tutti quei fenomeni che non sono stati ancora completamente compresi e che hanno di recente attirato l’attenzione del panorama scientifico. Infatti, come già in passato messo in luce da Kahan e Pattison (1984), nel corso degli anni il concetto di autolesionismo nella lingua inglese è stato presentato attraverso ben 18 etichette, le quali, se da un lato hanno permesso di sottolineare le sfumature di un fenomeno complesso, da un altro hanno alimentato una certa quota di confusione sull’argomento. Se termini come *self-mutilation* e *repetitive self-mutilation* (Favazza, 1996) hanno col tempo compreso, oltre alle forme più moderate e superficiali, anche quelle più profonde di autolesionismo come le amputazioni, l’enucleazione oculare o la castrazione, altri, quali *self-harm* e *deliberate self-*

harm (Gratz, 2001) sono stati associati a pratiche non considerate direttamente autolesive, come fumare, bere eccessivamente, avere rapporti sessuali non protetti, infine, formule quali *partial suicide* (Menninger, 1938) hanno perpetrato la confusione esistente tra autolesionismo, suicidio e tentato suicidio. La letteratura contemporanea risulta molto attenta a quest'ultima differenza (Hawton et al., 2012; Joiner et al., 2012; Meltzer et al., 2002), dal momento che non tiene più solamente conto dell'esito dell'atto lesivo, ma è più sensibile alle differenze che attengono alla sfera motivazionale e funzionale del gesto (Klonsky, 2007; Gratz, 2007; Mikolajczak et al., 2009; Nock, 2009; Suyemoto, 1998). Alla luce di tali questioni in Italia è stato utilizzato il termine "*autoferimento*" (Sarno, 2008; Sarno e Madeddu, 2007), indicato come più appropriato per riferirsi concettualmente alla sottocategoria istintivo di *self-injury* deviante-patologico, chiamato anche *self-injury* moderato-superficiale, ovvero a forme di lesione corporea come tagliarsi, bruciarsi o incidersi la pelle, presentandosi come termine più descrittivo e neutrale di altri, senza un esplicito riferimento al valore dell'atto o alle motivazioni sottostanti.

Di qui la proposta di inserire l'autolesionismo come sindrome a sé nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Muehlenkamp, 2005; Shaffer e Jacobson, 2009), inquadrandolo e definendolo come *Non-Suicidal Self-Injury* (NSSI). Tale proposta di diagnosi psichiatrica specifica e distinta dal comportamento suicidario o dal disturbo borderline di personalità ha aperto un acceso dibattito in letteratura (Plener e Fegert, 2012; Kapusta, 2012; De Leo, 2011; Frances, 2009). Nello specifico, la querelle si è organizzata intorno all'ipotesi di considerare l'autolesionismo un sintomo comune a differenti disturbi oppure una configurazione sindromica, un insieme di comportamenti accomunati da caratteristiche peculiari tali che si potrebbe pensare ad una categoria diagnostica autonoma. Una critica, avanzata da De Leo (2011), ha riguardato il rischio di possibili stigmatizzazioni e medicalizzazioni di una condotta largamente messa in atto dai giovani la quale può essere, in alcuni casi, occasionale e transitoria (Moran et al, 2011). Tesi confutata ricordando la stigmatizzazione alla quale andavano incontro i pazienti ai quali veniva precocemente diagnosticato un

disturbo borderline, con una diagnosi non sempre adeguata ai criteri (Plener et al., 2012). L'introduzione ed il riconoscimento dell'entità diagnostica permetterebbe infatti di evitare la prematura classificazione di pazienti adolescenti con l'etichetta BPD e consentirebbe lo sviluppo di interventi terapeutici specifici (Wilkinson e Goodyer, 2011).

L'NSSI, in italiano Autolesività Non Suicidaria (ANS), è stato recentemente incluso nel DSM-5 (APA, 2013; 2014), nella Sezione III chiamata "*Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione*", come condizione che necessita di studi ulteriori prima di essere riconosciuta formalmente come disturbo, e definita come l'alterazione deliberata ed auto-inflitta della superficie corporea, senza alcuna intenzione suicida. Le forme più diffuse sono tagliarsi, bruciarsi, graffiarsi, colpirsi ed interferire con la guarigione di una ferita (Klonsky, 2011; Nock e Prinstein, 2004; Walsh, 2006; Nock, 2010; Nixon e Heath, 2009). Bisogna inoltre distinguere tra ANS occasionale e ripetitivo, quest'ultimo relativo alla presenza di almeno 5 episodi di autolesionismo nell'ultimo anno (Manca, Presaghi e Cerutti, 2014). Tali condotte non comportano ferite gravi al punto da mettere a repentaglio la vita (Claes e Vandereycken, 2007; Favazza, 1996).

L'ANS, così come il Disturbo da Comportamento Suicidario (SBD), era già considerato sintomo speciale o sindrome non altrimenti specificata nell'ICD-10 come pure nel DSM- IV-TR. Entrambi i sistemi di classificazione inquadravano l'ANS come uno dei sintomi, rispettivamente, del disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo borderline (ICD-10) e del disturbo borderline di personalità (BPD; DSM-IV). L'ideazione suicidaria è inclusa nell'ICD-10 e nel DSM-IV-TR quale sintomo o complicità di diversi disturbi mentali, come ad esempio i disturbi affettivi. In precedenza l'autolesionismo era considerato un sintomo di alcuni disturbi dell'asse I e II del DSM IV TR (APA, 2000), come il disturbo borderline di personalità, il disturbo da movimenti stereotipati con comportamento autolesivo, la tricotillomania, il disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato.

La definizione di ANS nella versione corrente del DSM-5 (Tabella I)

contiene, nel criterio A, aspetti come la ripetizione della condotta e la mancanza di intenzione suicida e di sanzione sociale per l'atto. Non sono considerate ANS invece, quelle condotte autolesive che si presentano in episodi deliranti, psicotici o correlati ad intossicazione da sostanze, nell'ambito dei disturbi dello sviluppo, nonché in alcune condizioni mediche altrimenti identificate. I criteri diagnostici sottolineano che l'intento specifico del NSSI sia quello di ridurre le emozioni negative piuttosto che quello di attirare l'attenzione. In particolare, la condotta

Tabella I: Criteri Diagnostici per l'Autolesività Non Suicidaria

<p>A.</p>	<p>Il soggetto, in 5 o più episodi nell'ultimo anno, danneggia intenzionalmente la propria superficie corporea o cerca di indurre sanguinamento, lividi o dolore (ad esempio, tagliandosi, bruciandosi, incidendosi, colpendosi, sfregandosi la pelle eccessivamente), con l'aspettativa che la condotta autolesiva comporterà solo danni fisici di lieve o moderata entità (non vi è alcun intento suicida). L'assenza di intento suicida può essere sia dichiarata dal soggetto o desunta dall'impiego ripetuto di un comportamento già noto, o appreso nel tempo, non suscettibile di provocare la morte.</p>
<p>B. si presenta con uno o più dei seguenti intenti:</p>	<p>1. Ottenere sollievo da emozioni o stati cognitivi negativi. 2. Risolvere difficoltà interpersonali. 3. Indurre stati emotivi positivi. La sensazione di sollievo ricercata è esperita durante l'atto autolesionismo o subito dopo e il soggetto può mostrare modelli di comportamento che inducono una dipendenza dagli stessi.</p>
<p>C. è associata ad almeno una delle seguenti condizioni:</p>	<p>1. Difficoltà interpersonali o sentimenti o pensieri negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, angoscia generalizzata o auto-critica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente l'atto autolesivo. 2. La realizzazione dell'atto autolesivo è preceduta da un periodo di preoccupazioni circa la difficoltà di controllare il comportamento previsto. 3. Pensieri frequenti sull'autolesionismo, anche quando non viene messo in pratica.</p>
<p>D.</p>	<p>Il comportamento non è sanzionato socialmente (ad esempio, piercing, tatuaggi, parte di un rituale religioso o culturale) e non si limita ad escoriazione o a mangiarsi le unghie.</p>
<p>E.</p>	<p>Il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o interferenza nei contesti interpersonali, scolastici o in altre aree importanti del funzionamento di vita</p>
<p>F.</p>	<p>Il comportamento non si verifica esclusivamente durante episodi psicotici, di delirio, di intossicazione o di astinenza da droghe. Negli individui con un disturbo neurologico dello sviluppo, il comportamento non è parte di un quadro di stereotipie. Il comportamento non rientra in altri disturbi mentali o in particolari condizioni mediche (ad esempio, disturbi psicotici, disturbi dello spettro autistico, ritardo mentale, sindrome di Lesch-Nyhan, disturbi del movimento stereotipato con autolesionismo, tricotillomania, escoriazione).</p>

viene agita perlopiù sulla parte dorsale dell'avambraccio e su quella frontale delle

cosce, presentandosi principalmente sotto forma di lesioni multiple. L'ANS appare correlato al comportamento suicida nei casi in cui sono presenti varie modalità autolesive, associate ad una severa psicopatologia nonché alla presenza di tentati suicidi. L'esordio si presenta nella prima adolescenza e spesso può comparire dopo essere stato osservato come pratica diffusa tra coetanei.

Per quanto concerne la diagnosi differenziale (Tabella II), la diagnosi di ANS potrebbe essere utilizzata anche come fattore prognostico per altri disturbi psichiatrici, non ultimo come fattore di rischio per i tentati suicidi (Wilkinson e Goodyer, 2011).

Tabella II: Diagnosi differenziale per l'Autolesività Non Suicidaria.

Disturbi Mentali	Differenze
Disturbo Borderline Personalità (BPD) di	L'ANS è considerata un sintomo del disturbo borderline, ma può presentarsi anche in pazienti con diagnosi diverse. Gli individui con BPD manifestano spesso comportamenti aggressivi e ostili, mentre l'ANS è tendenzialmente associata a momenti di vicinanza e comportamenti collaborativi. Differenze nel coinvolgimento dei diversi sistemi di neurotrasmissione.
Disturbo da Comportamento Suicida da	Assenza di intenzione suicida nell'ANS che resta comunque un fattore di rischio per i tentati suicidi.
Tricotillomania	Tirarsi i capelli. È più probabile che si verifichi in un periodo di rilassamento o di distrazione.
Autolesionismo Stereotipico	Include: battere la testa, mordersi, colparsi. Può essere associato a ritardo dello sviluppo. Di solito associato con intensa concentrazione o in condizioni di scarsa stimolazione esterna.
Escoriazione	Condotta prevalentemente femminile. Di solito diretta contro una zona della pelle che l'individuo percepisce come sgradevole o difettoso. Come per l'ANS l'escoriazione è spesso preceduta da uno stimolo ed è vissuta come una sensazione piacevole. Non viene associata all'uso di oggetti.

Prima dell'inserimento dell'ANS nel DSM-5, le critiche vertevano sul fatto che la descrizione del comportamento come non suicida poteva condurre ad errate interpretazioni della condotta in pazienti con ANS, laddove permaneva un rischio di suicidio (De Leo, 2011). Tuttavia, come evidenzia Kapusta (2012) e come formulato nel criterio A del DSM-5, occorre escludere di volta in volta

l'intenzione suicida quando si diagnostica l'ANS, ricorrendo ad una diagnosi differenziale per evitare sottostime del rischio.

Appare inoltre rilevante saper valutare e differenziare un evidente rischio di suicidio all'interno del NSSI dalle tendenze suicide acute, presenti nel corso di altri disturbi psichiatrici. In linea con questa prospettiva, il DSM-5 fornisce una breve specifica sul rischio suicida per quasi ogni categoria diagnostica, nella sezione principale del manuale dove si sottolinea come l'ANS possa essere considerato un fattore di rischio per il suicidio ed i tentativi di suicidio soprattutto se sono coinvolte diverse modalità autolesioniste (Andover *et al.*, 2010). Tuttavia bisogna riconoscere anche l'eventualità che entrambi i quadri possano coesistere (Kapusta, 2012), ad esempio in condizioni croniche di autolesionismo ripetitivo (senza intento suicida) accompagnate da episodi depressivi con tentati suicidi per avvelenamento.

Dunque proprio a partire dall'introduzione della categoria dell'ANS nel DSM-5 (anche se non ancora riconosciuta formalmente nella pratica clinica) potrà farsi strada una sempre più chiara e sistematica definizione della stessa, migliorando le procedure di ricerca, le strategie di prevenzione e di trattamento, mentre ulteriori studi consentiranno di approfondire la stessa attendibilità dei criteri diagnostici proposti. Del resto la Sezione III del Manuale non va intesa come contenitore di ciò che non è stato possibile collocare altrove, bensì, come precisato da Kupfer, a capo della DSM-5 Task Force, come possibilità di accedere ad una comprensione dinamica dei disturbi mentali, aprendosi alle ricerche contemporanee per continuare a crescere.

1.2.1 Aspetti epidemiologici: quale *genere* di autolesività?

Anche se l'autolesività non suicidaria si presenta come condotta clinica frequente, non è stato semplice stimarne la prevalenza (a causa magari della tendenza a nascondere e a non parlarne, a studi iper-inclusivi rispetto a pratiche autolesioniste in generale, a fonti non esclusivamente scientifiche). Nei primi studi l'interesse era quasi esclusivamente rivolto alla popolazione femminile

clinica² (Favazza e Conterio, 1989; Favazza, DeRosear e Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Suyemoto e Macdolnald, 1995).

Le recenti stime mostrano una prevalenza tra gli adolescenti e i giovani adulti (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker e Kelley, 2007; Nock, 2010; Moran et al., 2011). Nello specifico, i tassi di prevalenza dell'ANS sono stati stimati in un range dal 13% al 45% nei campioni non clinici di adolescenti (Muehlenkamp, Claes, Havertape, e Plener, 2012; Plener, Libal, Keller, Fegert e Muehlenkamp, 2009; Ross and Heath, 2002; Zoroglu et al., 2003; Muehlenkamp e Gutierrez, 2004; Laye-Gindhu e Schonert-Reichl, 2005; Izutsu et al., 2006; Lundh et al., 2007; Cerutti et al., 2011; Di Pierro, Sarno, Perego, Gallucci e Madeddu, 2012), e tra il 40% ed il 60% nei campioni clinici (Darche, 1990; DiClemente, Ponton, e Hartley, 1991).

Un numero consistente di studi ha messo in evidenza la prevalenza femminile del comportamento, mostrando, ad esempio, che sono fino a tre volte più numerose le donne autolesioniste rispetto agli uomini, che il rischio di autolesionismo è di 1:7 per le donne e di 1:25 per gli uomini, che il comportamento è più diffuso tra le adolescenti e giovani adulte, in campioni clinici (Claes, Vandereycken e Vertommen, 2007; Kirkcaldy, Brown e Siefen, 2006; Nixon et al., 2002; Lipschitz, Winegar, Nicolaou, Hartnick, Wolfson e Suthwick, 1999), e in campioni non clinici (Zetterqvist, Lundh, Dahlström e Svedin, 2013; Whitlock, Muehlenkamp, Purington, Eckenrode, Barreira, Abrams, Marchell, Kress, Girard, Chin e Knox, 2011; Nixon, Cloutier e Jansson, 2008; Matsumoto, Imamura, Chiba, Katsumata, Kitani e Takeshima, 2008; Brunner, Panzer, Haffner, Steen, Roos, Klett e Resch, 2007; Sourander, Aromaa, Pihlakoski, Haavisto, Rautava, Helenius e Sillanp, 2006; Laye-Gindhu e Schonert-Reichl, 2005; Fox e Hawton, 2004; Hawton, Rodham e Evans, 2002; Ross e Heath, 2002). Altri studi hanno rilevato differenze di genere meno

2 Favazza resocontava di donne autolesioniste (età d'insorgenza intorno ai 14 anni), che preferivano come modalità autolesiva tagliarsi, in cui a precedere l'atto c'era sempre una decisione impulsiva e a cui faceva seguito un senso di sollievo; erano

significative (Brown e Williams, 2007; Fliege et al., 2009; Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003; Pattinson e Kahan, 1983; Sarno et al., 2007). In alcune ricerche longitudinali il genere femminile viene perfino considerato un fattore predittivo in adolescenza accanto ad altri fattori, quali problematiche infantili di espressione delle emozioni e gestione dell'aggressività, presenza di problemi di salute materni e appartenenza a nuclei familiari disorganizzati (Sourander et al., 2006).

L'età d'esordio stimata si attesta tra i 12 e i 14 anni per entrambi i sessi, mentre alcune ricerche hanno rilevato un'età d'insorgenza precoce per le femmine (tra i 10 e gli 11 anni di età; Andover, Primack, Gibb e Pepper, 2010; Hilt, Hoeksema e Cha, 2008). A questo dato si accompagna un incremento significativo, oltre che dei comportamenti autolesivi anche delle ideazioni suicidarie, per le ragazze tra i 12 e i 15 anni (dal 3% al 13%; Sourander et al., 2006).

In Italia, gli studi sui campioni non clinici confermano le stime internazionali di incidenza del'ANS tra il 13% e il 41,5% negli adolescenti (Di Pierro et al., 2012; Giletta, Scholte, Engels, Ciairano e Prinstein, 2012; Cerutti, Manca, Presaghi e Gratz, 2011) e tra il 17% e il 41% nei giovani adulti (Cerutti, Presaghi, Manca e Gratz, 2012); non vengono riscontrate differenze di genere significative (Manca et al., 2014), presenti invece nella popolazione clinica (Martorana, 2012; Di Pierro et al., 2012; Salvador, Furlanetto, Jovon e Perulli, 2008). Ricerche condotte sulla popolazione maschile hanno riportato come predittori la presenza di disturbi di personalità e di dipendenza da sostanze (Verrocchio, Conti e Fulcheri, 2010). In particolare, una ricerca condotta su un campione di 267 studenti di scuole superiori ha riportato una prevalenza del 18,4% con una storia di autolesività, di cui il 73% aveva messo in atto una condotta nel corso dell'ultimo anno (Di Pierro et al., 2012).

Continuando a considerare le differenze di genere, risultano di grande interesse gli studi che hanno permesso di osservare aspetti distinti tra i sessi relativamente alla modalità lesiva, alle zone colpite, alle dinamiche e alle funzioni

presenti anche tentativi di suicidio e disturbi alimentari.

assolte. Procedendo con ordine, si è notato che rispetto alle modalità dell'atto autolesivo i maschi ricorrono maggiormente a bruciarsi e a colpirsi, mentre le femmine a tagliarsi e a graffiarsi (Claes et al., 2007). Durante l'arco della vita, quest'ultime mettono in atto un numero maggiore di condotte autolesive di entità medica rilevante e, rispetto alle zone del corpo lese, danneggiano di più le braccia, i polsi, le cosce, i polpacci e le caviglie (Andover et al., 2010). In riferimento al primo episodio di autolesività, le ragazze riportano turbamenti emotivi e la speranza di essere viste, mentre i ragazzi riportano sentimenti di rabbia contro altri e stati di alterazione da sostanze (Whitlock et al., 2011). Le prime si feriscono solitamente in solitudine mentre i secondi anche alla presenza dell'altro (Whitlock et al., 2011; Laye-Gindhu e Schonert-Reichl, 2005). Relativamente alle funzioni, i maschi dichiarano di incorrere in comportamenti autolesivi nella ricerca di sensazioni forti, a differenza delle femmine che vi ricorrono maggiormente per regolare le emozioni travolgenti (Whitlock et al., 2011), ma anche in quanto spinte dal desiderio di essere punite (Claes et al., 2007; Rodham, Hawton e Evans, 2004).

Infine una parte va dedicata alla comorbilità con altre psicopatologie. È stata infatti rilevata un'alta comorbilità con i disturbi dell'umore (Brunner et al., 2007; Hawton et al., 1999; Klonsky et al., 2003), i disturbi d'ansia (Brown et al., 2007), il disturbo da uso di sostanze (Gratz e Tull, 2010; Rosenthal et al., 1972), il disturbo post-traumatico da stress (Van der Kolk, 1994), i disturbi alimentari (Claes et al., 2007), la schizofrenia (Gelder et al., 2005; Haw et al., 2001), i disturbi dissociativi (Briere e Gil, 1998), i disturbi del controllo degli impulsi (Wessely, Brown e Moss, 1996), il disturbo borderline di personalità (Maddock et al., 2010), il disturbo antisociale di personalità e il disturbo istrionico di personalità (Herpertz, 1995). Infine altre ricerche hanno mostrato la correlazione tra ANS e complicazioni mediche, tra cui il rischio di contrarre malattie infettive (ad esempio l'HIV; DiClemente et al, 1991).

Nello specifico, per le ragazze l'ANS si associa soprattutto con la presenza di sintomi depressivi (Hilt et al., 2008; Klonsky et al., 2003) e di disturbi alimentari (Farber, Jackson, Tabin, Bakar, 2007; Claes, Vandereycken e

Vertommen, 2003). In termini psicodinamici possiamo infatti notare il ricorso a medesimi meccanismi di difesa arcaici, quali la dissociazione (Sarno, Madeddu e Gratz, 2010), la scissione, il diniego e tenaci resistenze al trattamento (Faber et al., 2007). Inoltre, proprio in funzione del genere, le questioni connesse all'immagine corporea e alla disregolazione affettiva espressa attraverso il corpo accomunano le sindromi (Muehlenkamp, Peat, Claes e Smits, 2012; Gratz, Tull e Levy, 2013; Gratz e Roemer, 2008), connotandosi come fattori di rischio (Duggan, Toste e Heath, 2013; Muehlenkamp, Bagge, Tull e Gratz, 2013). In particolare, la percezione di una cattiva immagine corporea e la presenza di atteggiamenti negativi nei confronti del proprio corpo sono ritenuti fattori di rischio per l'autolesività nelle giovani, tanto in campioni non clinici (Muehlenkamp e Brausch, 2012; Nelson e Muehlenkamp, 2012), che in campioni clinici (Sansone, Chu, Michael e Wiederman, 2010). Tali fattori sono stati riscontrati anche in un campione di donne con disturbo borderline di personalità (BPD), che avevano subito abusi sessuali (Dyer, Borgmann, Feldmann, Kleindienst, Priebe, Bohus e Vocks, 2013).

Di fatti anche l'abuso e gli episodi di maltrattamento infantile sono considerati predittori significativi di comportamenti autolesivi (Brière e Gil, 1998), principalmente per le ragazze (Gratz, 2006), configurando le condotte autolesive e le condotte suicidarie (Lipschitz et al., 1999) quali modalità per ri-attualizzare l'esperienza traumatica infantile (Miller, 1994). Modalità che possono apparire più o meno aggressive in base al genere (Rizzo, Esposito-Smythers, Swenson, Hower, Wolff e Spirito, 2014).

Questa connessione mi permette di fare un'ultima digressione sulla relazione che intercorre tra ANS e suicidio, sulla loro comorbilità (Joiner, 2005; Brown, Comtois e Linehan, 2002; Dulit, Fyer, Leon, Brodsky e Frances, 1994; Kirchner, Ferrer, Forns e Zanini, 2011), laddove la condotta autolesiva resta per molti un comportamento potenzialmente predittivo dei tentativi di suicidio (Asarnow et al, 2011; Guan, Fox e Prinstein, 2012; Klonsky, May e Glenn, 2013; Wilkinson, Kevin, Roberts, Dubicka e Goodyer, 2011), dal momento che una storia più lunga di ANS è associata ad una maggiore prevalenza di comportamenti

suicidari (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein, 2006).

Del resto, pur riconoscendo la presenza di fattori eziologici comuni (Wilkinson e Goodyer, 2011), l'autolesività e il suicidio, come abbiamo precisato in precedenza, sono ormai considerati quadri distinti (Kapusta, 2012; Hawton et al., 2012; Joiner et al., 2012), non sempre compresenti (Muehlenkamp e Gutierrez, 2007; Nock et al., 2006), differendo oltre che per l'intenzione di morire, per la presenza di sintomi depressivi, ideazioni suicidarie, livelli di autostima, nonché per condizioni di supporto dalle figure parentali (Brausch e Gutierrez, 2010).

Le teorie che suggellano le ipotesi di distinzione delle condotte autolesive da quelle suicidarie possono fare leva anche sulle questioni di genere. Di fatto le stime di prevalenza si capovolgono rispetto all'autolesionismo, per cui nonostante i tassi di prevalenza per le ideazioni suicidarie e i tentati suicidi siano più alti tra le ragazze, la mortalità connessa ai suicidi resta più alta tra i ragazzi³ (Pompili, Vichi, Innamorati, Lester, Yang, De Leo e Girardi, 2013; Beautrais, 2002). È ciò che Canetto chiama il "*paradosso di genere*" (Canetto e Sakinofky, 1998).

1.2.2 Psicodinamica delle funzioni autolesive: dalla dimensione intrapsichica a quella interpersonale.

Negli ultimi dieci anni si è assistito ad un incremento vertiginoso degli studi sul tema dell'autolesività non suicidaria, in cui una fetta consistente di ricercatori e clinici si sono interrogati sulle motivazioni connesse alla messa in atto dei comportamenti autolesionistici. Si sono susseguite numerosi tesi, preziosi contributi volti a comprendere la complessità del fenomeno. Prospettive iniziali, molto più concentrate su aspetti intrapsichici, avevano suggerito la messa in atto di ANS per creare confini tra il Sè e l'altro (Suyemoto 1998), per sostituire tentativi di suicidio (Firestone e Seiden, 1990; Suyemoto, 1998), per interrompere

3 Secondo i dati Istat dell'anno 2002, i giovani tra i 14 e i 24 anni che hanno tentato il suicidio sono 399 (176 maschi e 223 femmine), mentre si sono suicidati 180 giovani (144 maschi e 36 femmine).

o suscitare meccanismi di dissociazione (Herpertz, 1995; Himber, 1994; Miller e Bashkin, 1974), per controllare la propria sessualità (Friedman, Glasser, Laufer, Laufer, e Wohl, 1972; Suyemoto, 1998), per controllare e manifestare il sentimento di punire se stessi (Friedman et al., 1972; Herpertz, 1995; Himber, 1994).

Da un punto di vista psicodinamico Suyemoto (1998) propone sei modelli funzionali relativi all'autolesionismo che fanno riferimento a quattro costrutti teorici diversi, ovvero la pulsione, la regolazione affettiva, le relazioni interpersonali e l'ambiente. Rispetto al costrutto del controllo degli impulsi le funzioni fanno riferimento al modello anti-suicidio, per cui la condotta è un sostituto del suicidio, una formazione di compromesso tra pulsione di vita e pulsione di morte, un mezzo per esprimere pensieri suicidi senza rischiare la morte, e al modello punizione del Sè, in cui si fa espressione di sentimenti di rabbia e sensi di colpa verso se stessi; tale modello è stato messo in relazione con conflitti connessi alla sessualità e al menarca. Relativamente al secondo costrutto si fa riferimento ad un modello di auto-regolazione degli affetti, considerando l'autolesionismo quale strategia per controllare, alleviare da o esprimere stati emotivi di tono negativo, e ad uno di anti-dissociazione, in cui la condotta può porre fine agli stati di dissociazione o depersonalizzazione. Il costrutto delle relazioni interpersonali si organizza nel modello funzionale dei confini interpersonali, in cui la condotta permette di definire i confini del Sè, la propria separatezza, autonomia, identità. Infine il modello ambientale considera le funzioni di influenza interpersonale, dove l'autolesionismo è usato per manipolare gli altri e in estremo per evitare l'abbandono, e di auto-stimolazione dove si cercano esperienze di euforia ed eccitazione.

Da un vertice psicoanalitico Alessandra Lemma (2005) ha illustrato in che modo le modificazioni corporee, tra le quali include anche le pratiche di autolesionismo, possano assolvere alcuni compiti inconsci, da rintracciare nel mondo interno della persona, ovvero "*under the skin*" (p.4). Così si attacca l'oggetto, la cui dipendenza è intollerabile, negandone la perdita attraverso fantasie di fusione e rifiutando di elaborare il lutto per il corpo dell'oggetto

perduto; si agisce la separazione, nella fantasia inconscia di tagliare via o strappare in modo violento l'altro, sentito risiedere dentro il proprio corpo. Ancora, si coprono vissuti di vergogna verso il proprio corpo nella fantasia inconscia di distrarre e controllare lo sguardo dell'altro, si leniscono sentimenti di frammentazione in una fantasmatica identificazione inconscia con l'immagine che l'altro vede e che ristabilirà un senso di coesione interna che è mancato nelle prime esperienze relazionali.

Tra le dimensioni intrapsichiche e quelle interpersonali anche Reik (1941) si era interrogato sull'*acting-out* masochistico, proponendo un modello che tenesse conto delle funzioni di tranquillizzazione rispetto alle tensioni emotive che invade l'Io, ma anche di meccanismi inconsci di provocazione, di esibizionismo e di spostamento del sentimento di colpa nell'altro.

Come vedremo anche in seguito Klonsky e Glenn (2009) suddividono le funzioni in aspetti intrapsichici (la regolazione affettiva, l'autopunizione, il contrasto al meccanismo di dissociazione e al suicidio, la manifestazione dell'angoscia) e aspetti interpersonali (la ricerca di autonomia, dei confini interpersonali, l'influenza interpersonale, il legame tra pari, la vendetta, la cura del Sé, la ricerca di sensazioni, la resistenza fisica).

Gli autori del Modello funzionale dell'ANS (Functional Model of NSSI; Nock, 2009; Nock & Prinstein, 2004; Bentley, Nock and Barlow, 2014), hanno cercato di operazionalizzare i costrutti legati alle funzioni psichiche per cogliere le numerose sfumature dei comportamenti autolesionistici, poggiando su un solido sostegno empirico.

Il modello appare composto da quattro distinti processi funzionali, ognuno dei quali si muove lungo due dimensioni dicotomiche: negativo/positivo e intrapsichico/interpersonale. I quattro processi sono: il rinforzo intrapsichico negativo, attivo quando l'ANS serve a ridurre affetti o pensieri avversi; il rinforzo intrapsichico positivo, quando l'autolesività serve a generare sentimenti positivi o stimolazione; il rinforzo interpersonale negativo, presente quando l'ANS è funzionale a facilitare la fuga da situazioni sociali o rimuovere esigenze interpersonali; il rinforzo interpersonale positivo, attivo quando la condotta serve

a suscitare attenzione, facilitare l'accesso alle risorse, o promuovere un comportamento ricerca di aiuto. Sebbene il modello non sia capace di spiegare tutti i fattori che intervengono nella messa in atto del comportamento autolesionista, tenta di identificare una molteplicità di aspetti che possono nel tempo migliorare la comprensione della condotta.

1.2.3 Regolazione e dis-regolazione affettiva.

A partire dalla definizione di Gross (2007), per regolazione emotiva si intende l'insieme di processi regolatori, che possono essere consci o inconsci, che riguardano l'attenuazione, l'intensificazione e/o il mantenimento di una determinata emozione. Bisogna qui distinguere tra la modulazione degli stati emotivi acuti da quella degli stati durevoli, infatti gli studi hanno mostrato che la regolazione emotiva adattiva si caratterizza per l'alterazione della durata (o dell'intensità) dell'emozione piuttosto che per il cambiamento del tipo di affetto esperito. In altre parole, di fronte ad emozioni negative intense e disorganizzanti, la modulazione affettiva può facilitare il calo dell'urgenza e della tendenza d'azione, consentendo all'individuo di controllare il proprio comportamento, in linea con gli obiettivi personali e le richieste dell'ambiente (Linehan, 1993; Melnick e Hinshaw, 2000).

La letteratura contemporanea ha iniziato dunque ad interrogarsi sulla relazione che intercorre tra autolesionismo e regolazione affettiva, a partire dagli studi condotti con i pazienti affetti da Disturbo Borderline di Personalità; in tali casi si presentava un eccesso di esperienze emozionali negative, l'incapacità a distogliere l'attenzione dallo stimolo emotivo, la difficoltà di regolare intensi *arousal* fisiologici, a controllare i comportamenti impulsivi, a organizzare le attività per il raggiungimento di un obiettivo, nonché tendenze a dissociare i vissuti emotivi in condizioni di forte stress (Linehan, Bohus e Lynch, 2007).

Riguardo al comportamento autolesivo, è stato mostrato come possa derivare dal bisogno di evitare, controllare o esprimere emozioni intense e pervasive, come la rabbia e la tristezza, o in generale gli stati d'animo dolorosi come la depressione, nonché i sentimenti di colpa e vergogna, al punto che la

regolazione affettiva è considerata la motivazione più comune per chi incorre in condotte autolesive (Gratz, 2007, 2010; Klonsky, 2007; Mikolajczak et al., 2009; Nock, 2009; Nixon et al., 2002). Le ricerche hanno potuto mostrare come tali condotte siano precedute da emozioni negative, ad alto arousal, e seguite da sensazioni di calma e sollievo (Claes et al., 2010; Klonsky, 2009).

La dis-regolazione emotiva, pensata come l'incapacità di riconoscere, accettare, controllare e essere consapevoli delle proprie emozioni, è stata allora concettualizzata come possibile fattore di rischio in adolescenza per l'insorgenza di fenomeni autolesivi, in special modo per le ragazze, laddove è carente la funzione di supporto nella gestione delle emozioni (Adrian et al., 2010).

Tale costrutto è stato considerato quale importante criterio per valutare i livelli di comorbilità tra l'autolesività e i disturbi alimentari, accompagnando la presenza di una disregolazione affettiva ad altri fattori come le tendenze depressive e le eccessive preoccupazioni per la propria immagine corporea (Muehlenkamp et al., 2012). Un'ipotesi rintracciabile già negli studi di Western sulle pazienti bulimiche definite "emotivamente disregolate" le quali mettevano spesso in atto comportamenti autolesivi (Thomson, Brenner e Westen, 2005).

Di particolare interesse la relazione che intercorre tra autolesionismo, dis-regolazione affettiva ed immagine corporea, in quanto le preoccupazioni concernenti quest'ultima sono frequentemente associate alla condotta, nonché prevalentemente presenti tra le ragazze (Duggan et al., 2013; Muehlencamp et al., 2013). Inoltre, l'investimento corporeo (come l'individuo percepisce, fa esperienza e si prende cura del proprio corpo) è considerato un moderatore capace di spiegare il rischio di autolesionismo negli individui che hanno difficoltà a regolare gli affetti (Muehlencamp et al., 2013).

1.3 Dal diario di un'autolesionista virtuale: il fenomeno dei siti Pro-Autolesionismo.

Il paragrafo si propone di illustrare il fenomeno dei siti dedicati al tema

dell'autolesionismo⁴ i quali spopolano nel web, come evidenzia il numero di *blog*, gruppi *online* e profili ad esso dedicati, al punto che il panorama scientifico ha iniziato a riflettere sulla necessità di monitorare tali siti e di comprendere se essi possano servire come gruppi di supporto⁵ (Smithson et al., 2011), o se invece possano favorire fenomeni di contagio e di rinforzo dell'atto.

Le attuali piattaforme *online* che condividono contenuti sull'autolesionismo possono essere suddivise in tre tipologie: i siti che forniscono informazioni sui comportamenti autolesivi, diffondendo anche riferimenti per un supporto psicologico e medico; i siti di *self-help* che offrono supporto e condividono spesso le narrazioni in prima persona di chi ha messo in atto condotte autolesive, promuovendo lo scambio, la comprensione, il supporto sociale; i siti o le comunità che promuovono la condotta, incoraggiandola talvolta in maniera indiretta (Boyd et al., 2011). A differenza dei siti di supporto *online*, quelli *Pro-Self-injury* nascondono messaggi ambigui, caratterizzandosi spesso come pagine dal contenuto violento e contagioso, anche se fanno ricorso a formule verbali che paradossalmente li classificano come siti contro l'autolesionismo (Niwa e Mandrusiak, 2012), ai quali può risultare complicato accedere, dal momento che i membri hanno regole molto rigide di interazione (Marquard et al., 2012).

Le ragazze tra i 12 e i 20 anni sono considerate le maggiori autrici dei messaggi *online* dedicati al tema (Niwa e Mandrusiak, 2012; Whitlock et al., 2006), le internaute più attive e comunicative dei siti (Harris e Roberts, 2013; Murray e Fox, 2006), tanto nella pubblicazione di video (Lewis e Baker, 2011; Lewis et al., 2010) quanto di foto, condividendo immagini perturbanti di corpi lesi, per alcuni autentica espressione del Sè (Seko, 2013), di sicuro memoria del

4 I siti dedicati all'autolesionismo sono spesso creati e sviluppati da *Self-injurers*. Tra i primi possiamo ricordare *A bright red scream*, ispirato al titolo di un libro, e *Before I sputter out*, i quali permettevano a giovani autolesionisti di trovare una comunità della quale fare parte.

5 Forme di supporto online sono state realizzate anche grazie al progetto europeo Online Self-Harm Support for Youth (Programma Specifico Daphne III 2007-13), destinato a 50.000 giovani tra i 12 e i 25 anni con una storia di autolesionismo.

sintomo (Sternudd, 2012).

In queste pagine le blogger raccontano con chiarezza e ricchezza di dettagli le proprie storie di autolesionismo: solitamente il primo episodio di cutting apre i racconti che proseguono tra traumi infantili e grandi delusioni, attraversando le relazioni significative con i familiari, gli amici e i fidanzati. Le descrizioni dell'atto autolesivo, la voglia mista alla paura di essere scoperte, la necessità di un supporto emotivo si alternano mentre sullo sfondo immagini di parti del corpo lese e toni cupi riempiono i profili virtuali.

Alcune ricerche hanno mostrato i vantaggi di tali siti organizzati intorno alla condivisione del sintomo (Rodham et al, 2013; Martin et al, 2010). È stato dunque dimostrato che la partecipazione effettiva a gruppi di supporto *online* possa migliorare la sindrome dei membri, riducendo la frequenza e la severità delle condotte autolesive (Murray e Fox, 2006), offrendo supporto (Harris e Roberts, 2013; Johnson et al, 2010), opportunità di auto-aiuto (Whitlock et al., 2006; Prasad e Owens, 2001), ma soprattutto un pubblico a cui potersi rivolgere in qualunque momento ottenendo spesso risposte amichevoli (Adler e Adler, 2013).

Tuttavia una parte della ricerca ha messo in evidenza i rischi di contagio connessi all'esposizione a tali siti, che possono incoraggiare e promuovere nuove modalità di ferimento (Rodham et al., 2013; Cenrà e Smahel, 2009), soddisfacendo il bisogno di conoscere differenti forme autolesive (Whitlock et al., 2006), correndo il rischio di normalizzare e rinforzare il comportamento patologico (Lewis e Baker, 2011; Bioclatti, 2010; Baker e Lewis, 2013). L'anonimato e il supporto sperimentati nel gruppo possono infatti favorire la condivisione di vissuti di emarginazione delle relazioni reali, sostituendole a quelle virtuali (Duggan e Whitlock, 2012).

Un "rinforzo narrativo" (Whitlock et al, 2007), dato dalla condivisione di storie di autolesionismo che possono condurre il lettore a giustificare o quantomeno comprendere le motivazioni, ma ancora un rinforzo iconico fatto di immagini di ferite o dell'atto in sé (Guerra et al. 2013), si pensi anche alle pagine *Instagram* dove sono incorniciate le proprie cicatrici, all'interno di una rappresentazione globale dell'autolesionismo che può apparire come suggestiva e

attivante (Whitlock et al, 2007).

Queste forme aggregative rappresentano una sorta di declinazione grupitale del sintomo, analogamente a quanto avviene nei siti Pro-Anoressia, in cui le condotte centrate sul corpo trovano nel web un teatro espressivo, laddove il corpo è disincarnato, negato, irrepresentabile, i confini si smaterializzano ed il sintomo rappresenta una soluzione condivisa a questioni identitarie (Margherita, 2013; Margherita e Nuzzo, 2011).

L'incontro con la Prof.ssa Margherita e la volontà di indagare i fenomeni virtuali "pro-patologia" ci ha spinte ad allargare il campo di analisi anche ai siti a tema autolesivi, realizzando una ricerca volta a comparare differenti tipologie di virtualità pro-patologie, presentata al 7° *International and 12° National Congress of Clinical Psychology*, tenutosi a Siviglia dal 14 al 16 Novembre 2014 (Margherita e Gargiulo, 2014). In questo lavoro sono emerse alcune analogie tra le gruppaltà *online* pro-anoressia e pro-autolesionismo, come la negazione della corporeità e l'organizzazione in primitive forme di narrazione, ma anche notevoli differenze. Nello specifico, nei siti *Pro-Self-injury* sembra imporsi come unica rappresentazione del Sè corporeo, quella di un corpo danneggiato e frammentato (in braccia, cicatrici, pezzi), in cui le identità fragili manifestano l'esigenza di creare dei Sè pubblici, adattivi e mascheranti, sostenute da una forte e presente dimensione supportiva e dalla possibilità di condividere emozioni e chiedere liberamente aiuto.

L'aspetto della domanda di aiuto psicologico riaccende la questione della censura dei blog autolesionistici sulla quale si è esposto anche il sito *Tumblr* che dal 2012 ha attivato una nuova politica contro tali pagine. Il sito ha annunciato di aver cambiato atteggiamento nei confronti dei blog che esaltano automutilazione e suicidio, ma anche disturbi alimentari, invitando i blogger a non pubblicare contenuti che promuovono o celebrano l'autolesionismo e mostrando annunci di pubblico servizio in cui si invita a contattare organizzazioni o numeri verde ogni volta che si cerca una tag specifica (ad esempio la parola "anoressia"). In Italia la questione è stata riaffrontata recentemente per i siti pro-anoressia, quando in Parlamento lo scorso giugno 2014 è stata discussa la proposta di estensione

dell'articolo 580-bis⁶ del codice penale, che condanna l'istigazione ai disturbi del comportamento alimentare. La proposta ha aperto un dibattito sulla funzionalità di una cultura punitiva e censoria di tali profili che potrebbero raccogliere il malessere proprio delle adolescenti da tutelare, le quali, attraverso tali siti, possono articolare nuove richieste di aiuto anche in forma anonima.

Con il proliferare degli *onile social movements* (Conrad & Stults, 2010), abbiamo assistito ad una trasformazione del modo di vivere, comunicare e rappresentare il disagio e la sofferenza psichica. Nella nostra società il 95,5% dei ragazzi tra i 13 e i 17 anni utilizza internet, di cui il 73% ha usato almeno una volta l'*instant messaging* (IM) e visitato *social network* e/o *virtual communities* (Bioclati, 2010). Ipotizziamo che sia anche la natura pervasiva della rete, con i molteplici canali *always-on* e la dimensione di anonimato (Rheingold, 2012), a suscitare una quota di fascino nella generazione dei nativi digitali. Gli adolescenti usano internet per gran parte delle loro comunicazioni e gli oggetti di interesse prevalentemente discussi, oltre a temi quali l'alimentazione, la droga e la sessualità, risultano anche il suicidio e l'autolesionismo (Norris, 2007).

Come suggerisce Ruggiero (2012), la rete, pur favorendo il transito adolescenziale, non è esente da rischi, da usi patologici, come quando lo stare in rete diventa un bisogno coattivo. Tra le ragioni di tale dipendenza riscontriamo: 1- la ricerca di una conferma della propria esistenza, di essere visti dagli altri, per cui si può scivolare nella perversione del bisogno di rispecchiamento, sostituito dalla ricerca spasmodica di apparire, nei casi estremi l'immagine viene confusa con la

6 Secondo l'articolo 580-bis del codice penale *Istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia* (Disegno di Legge N.2311 comunicato alla Presidenza il 29 luglio 2010): “chiunque, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, determina o rafforza l'altrui proposito di ricorrere a pratiche di restrizione alimentare prolungata, idonee a procurare l'anoressia o la bulimia, e ne agevola l'esecuzione, è punito con la reclusione fino ad un anno”. La pena si estende fino a due anni se il reato è commesso nei confronti di una persona minore di quattordici anni o di una persona priva della capacità di intendere e di volere.

realtà, fino all'assunzione di una falsa identità che rischia di essere scambiata con quella reale; 2- l'evitamento delle relazioni in carne e ossa, per cui il "contatto virtuale", superficiale e bidimensionale, prende il posto della relazione. Inoltre, la rete sollecita l'onnipotenza, per cui è comune l'idea di poter trovare tutto, sempre disponibile, in qualunque momento, senza il tempo sufficiente a far nascere una curiosità, un desiderio. Come conseguenza notiamo elementi anche comuni nella società, quali la crescente riduzione della tolleranza alle frustrazioni, la tendenza ad agire, la negazione dell'altro e della sua dipendenza, nonché un impoverimento della capacità di provare desiderio e piacere (Ruggiero, 2012).

Per approfondire la relazione tra rete ed identità Rotolo (2010) parte dalla distinzione tra realtà virtuale da un lato e realtà reale e realtà immaginaria dall'altro. Recuperando la descrizione operata da Lacan tra registro del *reale*, come realtà concreta, inconoscibile, indifferenziata, e registro dell'*immaginario*, come regno dell'immagine e dell'immaginazione in cui collocare la dimensione narcisistica, teorizza la realtà virtuale come posizione intermedia che, al contempo, esiste e non esiste in-dipendentemente dalle proprie immagini. Nei *social* chi partecipa è costretto a definire un proprio profilo, un *avatar* che, tanto veritiero quanto del tutto inventato, dovrà rappresentarlo in rete, nella possibilità di svelare completamente il Sè attraverso foto, testi e dati biografici, talvolta dissimulando la propria identità, anche quella di genere. Si parla dunque di identità multipla, plurale; di fatto la stessa persona può essere titolare di più profili, sfruttando le potenzialità creative che sono offerte dalla rete, con il rischio di slittare in scissioni eccessive o di confondere piano virtuale e piano reale. In ogni caso, conclude l'autrice, si tratta di un avatar "che non crolla mai" (Tisseron, 2008), permettendo in parte di alleviare angosce di solitudine, abbandono e crollo.

Oltre ai registri del reale e dell'immaginario Lacan prevede l'esistenza del registro del *simbolico*, quale luogo dell'Altro, del significante, del linguaggio, della cultura. Interrogandosi in merito al legame tra simbologia e virtuale, Capuzzi e Favaron rivolgono una riflessione alla figura dell'altro nei contesti cibernetici: "Se il simbolo è il prodotto di una relazione, è possibile la nascita di un significato navigando in rete? Ed inoltre, che tipo di relazioni offre Internet?"

Gli autori si rifanno alla teoria di Bion (1961) sulla nascita del simbolo, dunque sulla formazione del pensiero, come “esito relazionale”, processo a due, laddove si deve necessariamente passare attraverso il funzionamento della mente dell’altro, il quale può attribuire un significato ad una emozione non elaborabile.

Torniamo dunque all’aspetto relazionale o meglio a quello gruppale della rete, a partire dalla riflessione di Longo (1996), condivisa con il Centro Ricerche Psicoanalitiche di Gruppo di Roma, sulle “*masse mediatiche*”, particolari forme della gruppaltà contemporanea che prendono forma grazie ai mass media. Il riferimento va agli scritti sociali freudiani, prima di tutto a “*Psicologia delle masse e analisi dell’Io*”, in cui Freud (1921) s’interrogava sui rapporti tra individuo e massa, dimostrando come a tenere unita una massa siano soprattutto i legami libidici tra i membri, i meccanismi di identificazione col leader e i processi di regressione. Allora Longo, chiedendosi se tali aspetti siano rintracciabili nello “spazio invisibile” della rete, problematizza sui rischi di fantasie di onnipotenza, di intensi vissuti regressivi, di possibili sentimenti di frammentazione che il “grande campo gruppale” mediatico può attivare. Dunque citando Anzieu (1976), ricorda che “*i partecipanti ad un gruppo largo si sentono sempre come immersi e sommersi nell’anonimato collettivo; più i membri sono numerosi, meno è possibile allacciare relazioni inter-individuali che permettano loro di esistere come persone: questa dispersione in uno spazio molto o a volte troppo grande non fa altro che alimentare quel fantasma di smembramento che è alla base del vissuto di depersonalizzazione*”.

II CAPITOLO. L'autolesionismo tra corpo e genere: modelli e riflessioni psicoanalitiche.

“..perchè i nostri corpi devono coincidere con la nostra pelle?”

Donna Haraway

“Il mio vero dentro è un fuori all'interno del quale io sono”

Didier Anzieu

Nel capitolo che sto per introdurre tenterò di considerare i comportamenti autolesivi alla luce della fase adolescenziale, tenendo presente le dinamiche che muovono dalle trasformazioni puberali ai processi di costruzione identitaria, che si articolano a partire dallo strutturarsi dell'identità di genere. Le sfide specifiche della tappa adolescenziale, in particolare del femminile, saranno lette nell'incontro patologico con le condotte autolesioniste, attraversando gli assi delle pulsioni, dell'identità e del masochismo: si discuterà del rifiuto inconscio del corpo sessuato, dei tentativi di individuazione del Sè, del difficile movimento separativo dal materno e delle tendenze masochistiche del femminile.

Trasversalmente, l'asse del linguaggio permetterà di attraversare i significati che i tagli al *limite* tra il Sé e l'altro, tra il dentro e il fuori, tra il femminile e il maschile possono evocare dell'autolesionismo, facendo riferimento alle teorie sul bordo/pelle, sull'immagine corporea e sui meccanismi di dissociazione mente-corpo, per accedere ad una dimensione *incarnata* dell'autolesionismo.

2.1 Pulsioni, sangue e cicatrici: il rifiuto del corpo sessuato.

Nei “*Tre saggi sulla teoria sessuale*” Freud (1905) illustrava come l’irrompere della pubertà ponga l’adolescente di fronte a nuovi compiti evolutivi che attengono al complesso processo di ricapitolazione delle vicende della sessualità infantile, attraverso molteplici trasformazioni come il cambiamento di mete, il riflusso della libido, la maturazione biologica e il riaccendersi dei conflitti edipici. In linea con Freud, i Laufer (1984) reificano la funzione evolutiva adolescenziale nella capacità di fronteggiare il difficile compito di integrazione del corpo sessuato nell’immagine del Sè, descrivendo il “*breakdown evolutivo*” come possibile condizione di stallo dovuta ad un rifiuto inconscio del corpo sessuato e ad un parallelo sentimento di passività che si vive di fronte alle esigenze pulsionali che irrompono traumaticamente.

Sull’asse pulsionale, allora, il corpo leso ricorda il corpo sessuale che inconsciamente non può accedere all’operazione di integrazione nell’immagine del Sè e del Sè Corporeo, in cui i comportamenti autolesivi rappresentano modalità agite di controllo e punizione di un corpo sentito come minaccioso e persecutorio (Friedman et al., 1972; Rosenthal et al., 1972). D’altronde il passaggio all’atto come meccanismo di difesa fase specifico (Anna Freud, 1967), permette un controllo, pur sempre parziale, degli impulsi sessuali e delle trasformazioni puberali.

Proseguendo sul crinale della sessualità, integrando le questioni di genere, alcuni studi hanno indagato l’insorgenza dell’autolesionismo femminile in concomitanza con l’esperienza delle prime mestruazioni, raccogliendo vissuti di disgusto e disagio riferiti dalla maggior parte delle donne autolesioniste nei confronti dell’evento menarca (Rosenthal et al., 1972). Si è fatta strada l’ipotesi di un possibile spostamento del conflitto dai genitali ad altre parti del corpo dove il sanguinamento sarebbe maggiormente controllabile (Suyemoto e MacDonald, 1995). D’altronde il menarca ricorda il confronto con aspetti di rottura e passività tipici dello sviluppo fisiologico della sessualità femminile. L’esperienza di un corpo che sfugge al controllo, percepito come estraneo, irreali, accomuna gli attacchi al corpo, tanto nelle automutilazioni quanto nei tentati suicidi, dove ciò

che viene assalito è il Sè ma anche il non-Io, ricettacolo di proiezioni (Ladame, 2004).

Da un vertice psicoanalitico, legato agli studi di genere, De Luca (2011; 2006) ha teorizzato la ricerca del sangue nel comportamento autolesivo come connessa ad una pluralità di aspetti che vanno dal tentativo di integrazione della femminilità al suo rifiuto, passando attraverso una pseudo-integrazione, citando Rivière (1929), una mascherata del femminile, fondata sulle lesioni e sulle cicatrici.

È interessante riflettere sulla polisemia di significati che l'atto del sanguinare custodisce. Glenn e Klonsky (2010) hanno dedicato uno studio proprio al ruolo del sangue nella condotta autolesiva, a partire da una serie di riflessioni sulle ipotesi formulate in contesti non strettamente empirici (dalle fonti dei mass media alle rilevazioni cliniche), per ribadire come la vista del sangue durante l'atto possa essere considerata un comportamento di rinforzo dello stesso. Il lavoro si rifaceva ad esempio alle interviste cliniche di Himber (1994), in cui la presenza del sangue indicava che la pratica fosse stata eseguita perfettamente, ai resoconti di Solomon e Ferrano (1996) in cui la vista del sangue tranquillizzava, e alle ricerche di Favazza e Conterio (1989), in cui il 47% del campione di autolesioniste donne riferiva sentimenti di conforto e addirittura il 25% dichiarava di provare piacere nell'assaggiare il proprio sangue dopo l'atto autolesivo.

La ricerca (Glenn e Klonsky, 2010) ha sostanzialmente confermato tali dati anche in un campione non clinico di giovani adulti autolesionisti, i quali hanno riferito di trascorrere spesso diversi minuti nell'osservazione del sangue che cola dopo l'atto lesivo. Inoltre, questo lavoro ha permesso di fare luce su alcune caratteristiche cliniche: coloro che dichiaravano importante la visione del sangue durante l'atto sono risultati ricorrere più frequentemente a condotte autolesive nella vita, a funzioni di regolazione affettiva e punizione del Sè, e risultavano confermare i criteri diagnostici per la bulimia nervosa e il disturbo borderline di personalità.

Il sangue viene ricercato per sentirsi vivi e reali, per difendersi dall'angoscia di percepirsi inesistenti o privi di sensibilità (McWilliams, 1994);

nell'atto lesivo il sangue corrente e caldo è in grado di trasmettere il senso di vitalità personale (Pestalozzi, 2008), ipotizzando in alcuni casi una possibile identificazione col fluire dello stesso liquido (Bell, 2001).

L'autolesionismo, come vedremo successivamente, si può considerare una modalità pre-simbolica di linguaggio che tende ad espellere contenuti difficilmente rappresentabili e anche il sangue, in questa prospettiva, diviene espressione di dimensioni primitive.

Da una prospettiva antropologica, Carsten (2013) ha scritto molto sulla simbologia del sangue come sostanza incontenibile, trasformabile (nelle associazioni latte-sangue-sperma, sangue-cibo e infine sangue-denaro), rivelatore della verità: è essenza, trascendenza, purezza e armonia, ma anche menzogna, corruzione, contagio e violenza; insomma al contempo lega e respinge, ribolle di vita e gela di morte.

Solinas (2014) considera il sangue, al pari della carne, del corpo, del latte e delle ossa, un polo di densità simbolica, un attrattore che orienta le relazioni di appartenenza e che influenza l'idioma della parentela, della consanguineità, dei legami di sangue. Aprendo ad un mondo metaforico e simbolico, l'antropologo pone il sangue come plurale e singolare al tempo stesso: plurale nella dimensione di perennità, di trasmissibilità generazionale, nella capacità di oltrepassare le vite individuali, restando *“uno in molti, divisibile ma non separabile”*; singolare nella sua relazione col nome, con l'individualità, con l'identità.

Alla luce di quanto esposto, tornando a considerare il fenomeno dell'autolesionismo capiamo come non sia possibile sottovalutare la potenza simbolica tanto del gesto lesivo che dei tessuti che esso svela, come il sangue, incorporazione fluida dell'identità, un'identità tanto invocata quanto temuta, come vedremo nel prossimo paragrafo.

2.2 Essere una Self-cutter: tagli a *delimitare*.

Il questo paragrafo proverò ad ipotizzare come, in adolescenza, identità fragili sul piano narcisistico possano incorrere in condotte autolesive, laddove tale incontro dai risvolti patologici possa, paradossalmente, concorrere a strutturare un

senso di identità altrimenti non interamente percepito. Il taglio, come atto concreto di separazione e lacerazione della superficie epidermica, a livello figurativo rinvia alla possibilità di definire, confinare, delimitare i propri margini, ma al contempo al rischio di aprirli, esporli, squarciarli, rinegoziando ogni volta le infinite labilità del limite. Si tratterà dunque di provare a ipotizzare cosa vuol dire *essere* un adolescente *Self-cutter*, attraversando i movimenti di sfida e ricostruzione dei propri margini, prima di tutto sensoriali, provando anche a pensare da cosa, o meglio, da chi ci si separa.

Nella prospettiva di Lemma (2005) tutti noi siamo costantemente in lotta tra l'“essere in-corporati” e l'essere “soggetti allo sguardo dell'altro” (p. 5), due fatti basilari che pongono continue sfide relative alla possibilità di integrare il significato della nostra corporeità nel senso di noi stessi. Alcune persone scelgono di gestire tali sfide attraverso la manipolazione esterna della superficie corporea, dalle procedure di cosmesi ai tatuaggi, dalla chirurgia estetica ai piercing, fino ad arrivare a forme di autolesionismo; una manipolazione che può divenire “psichicamente necessaria”, permeata da fantasie inconscie di “rivendicazione”, “corrispondenza perfetta” e “autocreazione” (ib. p.7). La fantasia di rivendicazione riguarda l'espulsione dal corpo di un oggetto sentito come alieno o inquinante, accedendo alla possibilità di salvare il Sè. Nella fantasia di corrispondenza perfetta la modificazione corporea svolge la funzione di creare un corpo ideale che garantirà l'amore e il desiderio dell'altro in una fantasia di fusione di un Sè idealizzato con un altro idealizzato. L'intollerabile indipendenza dall'oggetto e l'invidia verso di esso alimentano infine la fantasia di autocreazione, in cui il Sè si ritira nella convinzione di poter creare se stesso, attaccando l'oggetto e negando ogni possibile forma di dipendenza da esso.

In una disamina sull'autolesionismo Rossi Monti e D'Agostino (2009) hanno elencato alcuni possibili “organizzatori di senso” per mettere in luce come, nonostante la pluralità di significati, i comportamenti autolesionistici svolgono una precisa funzione, quella di salvaguardia dell'identità. Si introduce allora la possibilità di concretizzare, riferendosi alla trasformazione di uno stato psichico in uno fisico per controllare sentimenti intollerabili come il vuoto interiore, di

punire-estirpare-purificare per estirpare la parte cattiva del Sè, di regolare la disforia per controllare i sentimenti e per interrompere il ciclo di depersonalizzazione o de-realizzazione (nella ricerca di esperienze vive e stimolanti nel dolore), di comunicare senza parole, di costruire una memoria di Sé, infine di volgere in attivo, ad esempio per ribaltare il senso di impotenza vissuto in un'esperienza traumatica.

Il *cutting* crea un involucro di sofferenza, secondo Nicolò (2009) necessario per l'esistenza e per l'identità, in un movimento di riappropriazione del corpo per sentirsi esistenti, intatti, compatti. La lesione mantiene la coesione del Sè (Biven, 1982), protegge dalla minaccia della perdita dei confini (Simpson e Porter, 1981), esprime un bisogno d'individuazione rappresentando il conflitto tra il diniego del limite (come limitazione) e la ricerca del limite stesso (Fattori, 2013). Una fragilità narcisistica che spinge a confondere il proprio Io fragile con un ideale dell'Io mortifero (Carbone, 2005).

Prendono corpo esigenze reali proprio in adolescenza quando il nuovo corpo, estraneo e persecutorio, può rappresentare una minaccia al senso d'integrità. Viene disegnato, rimodellato, talvolta maltrattato al punto che può divenire possibile meta di attacchi distruttivi, in un processo di appropriazione (Jeammet, 1995). D'altronde, il corpo è una superficie di iscrizione costantemente implicata nel processo di definizione identitaria e al contempo nello scambio con l'altro, in un percorso evolutivo che può condurre a rifiutare sia ciò che è diverso da Sé sia, paradossalmente, ciò che è più proprio (Ferraro, 2008).

Nell'atto suicida, spiega infatti Ladame (1981), si mostrano le difficoltà adolescenziali connesse al processo di separazione individuazione, come la dipendenza patologica dall'oggetto, l'angoscia di separazione, la rabbia narcisistica, la sottomissione ad un Io ideale grandioso. Allo stesso modo il suicidio in adolescenza mostra la sua natura paradossale (Pommereu, 1998): l'adolescente dice di avere voglia di finirla mentre vuole smettere di non esistere, pretende di convincere che il suo suicidio riguarda esclusivamente lui, mentre rappresenta un tentativo sempre rivolto all'altro.

Come in principio di vita, l'adolescente dovrà reinvestire narcisisticamente

il suo corpo e riappropriarsene simbolicamente (Ruggiero, 2011), per iniziare evolutivamente il processo di costruzione della propria identità, che implica lo strutturarsi di un sentimento di Sè separato dall'altro, dotato di struttura e confini, nonché di un'identità sessuale (Blos, 1962; 1979).

Secondo Nicolò (2009), è la difficoltà di definire l'identità nella società attuale a fa crescere il bisogno di aggrapparsi al corpo, come contatto col reale, anche negli agiti, che possono sostituire il processo di simbolizzazione, mantenendo una gravidanza proto-simbolica. L'autrice ripensa agli agiti alla luce della definizione della Chabert (2000) quali "tentativi di figurazione", aree di frontiera tra l'intenzionalità, conscia e inconscia, la difesa e l'elaborazione.

In una prospettiva sensibile agli studi di genere è noto che il percorso di costruzione dell'identità, dunque dell'identità di genere, risulta più complesso per le ragazze, in virtù del genere e del difficile processo di separazione dalla madre, contemporaneo oggetto di investimento e differenziazione. Il corpo femminile, che ha unito madre e figlia, diventa il teatro del movimento di separazione-individuazione, complicato dal fatto che la donna si identifica come tale avendo come direttrice identificatoria di genere la propria madre dalla quale allo stesso tempo si separa (Nunziante-Cesàro, 2014).

Le modificazioni corporee sono state interpretate alla luce della relazione col materno, volte a demarcare il confine corporeo come separato e appartenente al Sè, in un continuo gioco di sguardi e di comportamenti provocatori con l'altro/madre come specchio, "*the (m)other as mirror*" (Lemma, 2005, p. 70)⁷. Adolescenti dai confini incerti possono ricorrere a difese masochistiche per fuggire da dinamiche fusionali con la figura materna, che non consente la separazione. Il corpo femminile leso, spesso anche nei fianchi e nei seni, quali emblemi della femminilità sessuata, sembra comunicare quella difficile cesura dal corpo materno nel difficoltoso processo di costruzione dell'identità femminile (Gargiulo e Margherita, 2014a). È il dolore del rapporto madre-figlia che può

7 Come è noto numerosi contributi in psicoanalisi hanno mostrato che il volto della madre rappresenta per il bambino il primo specchio della realtà (Searles, 1963; Winnicott, 1967; Lacan, 1966).

trovare la strada del sintomo, traducendo il difficile processo d'identificazione, è il "corpo a corpo" che resta disarticolato dalla rappresentazione, convertendosi nei linguaggi legittimati dall'immaginario maschile (Irigaray, 1987)⁸.

La questione della costruzione dell'identità e i tentativi di cura del Sè attraverso forme autolesive trova riscontro anche nelle teorie antropologiche; Le Breton (2003) infatti individua tra le componenti della condotta autolesiva il rivolgimento contro di Sè che genera dal bisogno di punirsi, la dimensione rituale che si iscrive nei movimenti di appartenenza al gruppo, ma soprattutto l'affermazione dell'identità attraverso la sperimentazione e l'esplorazione dei limiti del Sè.

2.2.1 La pelle come involucro di dolore.

Il *limite* costituisce per Green (1991) il concetto della psicoanalisi moderna; è una frontiera mobile e fluttuante tra la normalità e la patologia, è l'involucro della pelle, talvolta discontinuo, è il tessuto cutaneo ripetutamente interrotto e bucato da varchi (come gli occhi, il naso, la bocca, l'ano e gli organi genitali), zone erogene che funzionano verso l'interno e l'esterno.

In un lavoro sulle "sirene come paradigma del margine" Mancini ci accompagna nelle categorie, differenti e analoghe, di limite come area misurabile, di *confine* come divisione e "rapporto tra il medesimo e il diverso, il Sè e l'estraneo" e di *marginè*⁹ come "luogo di passaggio, di trasformazione" (Mancini,

8 Da una prospettiva di genere alcuni studi hanno interpretato l'autolesionismo femminile come modalità per incarnare non-detti di violenza e silenzio esperiti in una cultura patriarcale (Shaw, 2002), talvolta come un adattamento post-traumatico in cui il corpo permette di dar voce all'indicibile, di opporsi e di riscattarsi (McGilley, 2004). Le pratiche di modificazione corporea, dall'autolesione al tatuaggio, sono interpretate quali tentativi di occupazione di uno status sociale, disprezzato nell'immaginario maschile dominante, pratiche culturali dannose talora banalizzate con l'etichetta di moda (Jeffreys, 2000).

9 In una prospettiva di storia antica Montepaone (1999) presenta "lo spazio del margine" (p.3) come luogo metaforico di trasformazioni e di crescita,

2010; p.954).

Montani (2010) ci fa notare come i piercing e le pratiche di automutilazione possono riproporre la lacerazione originaria, la separazione costitutiva dell'esistente dall'essere, rappresentabile attraverso il buco o la fenditura. Il piercing, così come il tatuaggio, permette la creazione di un involucro sensoriale, una "neosensorialità", molto comune in adolescenza (Nicolò, 2009). Nel piercing l'oggetto resta all'esterno e non si confonde con il corpo, come invece avviene nel tatuaggio che diventa una parte del Sé. Tuttavia nei piercing le protesi mobili nelle zone marginali di passaggio (occhi, naso, bocca, genitali), permettono all'Io di sperimentare un piacere che non necessita per forza dell'incontro con l'altro (Baldassarro, 2007).

Inoltre, come le scarificazioni in generale, il tatuaggio è marchio identitario (Le Breton, 2003), simbolizzazione visiva che rimanda a qualcosa di proibito, ad un tabù, ad un conflitto interno (Karacaoglan, 2102), narrazione del Sé e delle relazioni (Troisi e Gargiulo, 2014). Quando la sub-limazione non è più simbolizzazione, tuttavia un concreto travalicare i limiti, l'atto autolesionista ha ricordato le performance estreme di alcune forme di *Body Art* autolesionista, in cui il corpo agisce materialmente qualcosa che precede la mentalizzazione (Margherita e Gargiulo, in press).

In ogni caso si tratta di segni sulla superficie, ferite al limite, e nelle forme autolesioniste anche di attacchi all'involucro psichico della pelle e alle sue funzioni. Per esplorare queste zone di confine ho fatto ricorso alle teorie psicoanalitiche di Esther Bick (1968) e Didier Anzieu (1985; 1997) sul ruolo psichico dell'epidermide nello sviluppo della personalità a partire dal rapporto sensoriale madre-bambino.

Già Freud (1922) aveva illustrato come la pelle sia il punto di partenza del funzionamento mentale e dello strutturarsi dell'istanza egoica, precisando che "l'Io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la

presidiato simbolicamente dalla dea Artemis, alla quale erano dedicate le pratiche rituali di tipo iniziatico riguardanti per lo più la classe adolescenziale.

proiezione di una superficie” (p. 488). Inoltre in una nota del 1927 aggiunge che “l’Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venir considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo” (p. 488-489).

L’instaurarsi dell’Io si radica nella pelle e si sviluppa nella primitiva relazione madre-bambino quando, grazie alle cure materne, il bambino può gradualmente riuscire ad introiettare la funzione di contenimento delle parti di Sè ancora non integrate e differenziate, funzione che si organizza a partire dall’esperienza di sensazioni cutanee di calore e di nutrimento materno. L’oggetto contenitore, che è al contempo la pelle della madre e la propria pelle, è vissuto come prima pelle ed è introiettato con le sue funzioni psichiche di contenimento, la “pelle psichica” (Bick, 1968).

L’oggetto introiettato non risulta sempre stabile e sicuro, per cui può costituirsi un involucro danneggiato, la cui continuità è interrotta da buchi o zone vuote. Per tenere insieme le parti si può sviluppare una “seconda pelle” in cui si assiste ad una pseudo-indipendenza dall’oggetto e ad un uso inappropriato di certe funzioni mentali allo scopo di creare un sostituto delle funzioni di contenitore della pelle.

Le modificazioni corporee secondo Lemma (2005) rappresentano tentativi di contattare una solidità corporea e di ancorarla al Sè, a vissuti di individualità e separatezza.

Anche Donald Winnicott (1958) ricorda come si giunge alla personalizzazione, all’accettazione del corpo come parte del Sé, partendo dall’esperienza di una pelle come confine volto a delimitare il me dal non me. L’*handling*, la manipolazione del corpo attraverso le cure della madre, che facilita la tendenza innata del bambino ad insediarsi nel corpo accettando i limiti dell’epidermide come membrana delimitante, e l’*holding*, il sostegno che la madre offre al bambino, che è prima di tutto un contenimento fisico e poi gradualmente psichico, permettono di raggiungere tale condizione.

Un sostegno concreto che ricorda quello emotivo teorizzato da Wilfred Bion (1962) nel modello contenuto-contenitore attraverso l’introduzione del

concetto di “*rêverie*” materna (p. 67). La *rêverie* è per Bion uno dei fattori della funzione alfa della madre, uno stato mentale di calma ricettività e di apertura agli elementi beta che il bambino proietta nella madre, la quale attraverso la sua funzione alfa può accogliere, bonificare e restituirli donati di senso. Per il bambino, l’esperienza ripetuta di liberare nella madre il suo disagio, ricevendone accoglimento e comprensione, instaura un circolo benefico che gli consente nel tempo di introiettare la stessa funzione contenitiva della madre, sviluppando un equipaggiamento interno che gli permetterà di arginare e modulare le sue esperienze emotive potenzialmente dilaganti.

Il contributo fondamentale alla comprensione dell’importanza dell’involucro pelle nello sviluppo dell’Io giunge dai lavori di Anzieu, in particolare dalla teorizzazione del concetto di Io-Pelle, definito come “una rappresentazione di cui si serve l’Io del bambino durante le fasi precoci dello sviluppo, per rappresentarsi se stesso come Io che contiene i contenuti psichici, a partire dalla propria esperienza della superficie del corpo” (1985, p. 56). È l’esperienza di contatto con la madre che permette la percezione di una superficie corporea.

L’Io-Pelle ha nove funzioni, assicura all’apparato psichico un contenimento, un sostentamento, un’individuazione, una ricarica libidica, un sostegno dell’eccitazione sessuale, di para-eccitazione, di iscrizione delle tracce, di autodistruzione e di intermodalità sensoriale. Grazie alla funzione di autodistruzione la pelle consente di provare dolore, di percepire la distanza o la scarsa aderenza fra un dentro e un fuori, tra una profondità e una superficie¹⁰.

Un Io può sopravvivere finché vi sia un involucro corporeo che ne

10 Nel ricordare il mito di Marsia, un satiro che fu fatto scorticare da Apollo come punizione per averlo sfidato sulle sue doti di musicista, e la cui pelle, rimasta appesa in una grotta, vibrava alle musiche dei fedeli mentre restava immobile alle arie dedicate ad Apollo, Anzieu illustra attraverso dei mitemi gli attacchi alle funzioni dell’Io-pelle, e come comunicare sia per prima cosa entrare in risonanza, vibrare con l’altro, così come avviene tra madre e bambino in cui la comunicazione è uno specchio, al contempo, tattile e sonoro.

garantisca l'individualità; quando l'Io-pelle funziona bene, come un involucro narcisistico, garantisce un senso di sicurezza, mentre quando non funziona si trasforma in involucro di sofferenza, bersaglio di proiezioni e luogo intriso di vissuti di vergogna.

Inoltre l'involucro psichico è una membrana costituita dall'insieme del para-eccitazione e dalla pellicola sensibile, due livelli differenti per struttura e funzione: lo strato periferico, più duro e rigido, è rivolto verso il mondo esterno, fa da schermo con gli stimoli ed è definito "para-eccitazione", mentre quello interno, più sottile e morbido, ha una funzione ricettiva, è una "pellicola sensibile" che percepisce indizi, segnali e segni, permettendo che vengano iscritte le tracce (Anzieu, 1992; p. 30). Dato che esiste solo un para-eccitazione rivolto verso l'esterno, ci sono maggiori difficoltà ad affrontare l'eccitazione pulsionale piuttosto che quella proveniente da stimoli esogeni. Inoltre se il funzionamento del para-eccitazione va concepito in termini di forza, il funzionamento della pellicola va inteso in termini di senso.

Queste riflessioni aprono la strada alle teorie sul linguaggio cutaneo fatto di sfumature, segni e iscrizioni, tracce di una "scrittura originaria preverbale" (Anzieu, 1985; p. 132).

2.2.2 Vicissitudini dell'immagine corporea.

A partire dai lavori pionieristici di Schilder (1950), consideriamo l'immagine corporea come "il ritratto del nostro corpo che formiamo nella nostra mente, cioè il modo in cui il nostro corpo appare ai nostri occhi" (p. 11). Una rappresentazione influenzata tanto dalla biologia quanto dalle fantasie che associamo ai nostri corpi e a quelli delle altre persone. L'immagine del corpo, così considerata, avrebbe caratteristiche di fluidità ed elasticità, dal momento che si rende disponibile a nuove e continue influenze durante tutto il corso della vita. Può fluttuare in termini di sensazioni di leggerezza e pesantezza, di sanità e malattia, può influenzare ed essere influenzata dalle relazioni con altri corpi.

Lemma (2005) preferisce parlare di "immaginario corporeo" (p. 77) come a sottolineare la dimensione dinamicamente inconscia della rappresentazione che

abbiamo dei nostri corpi, l'organizzazione psichica di un corpo sempre immaginato, risultante dalle fantasie del Sè in interazione con l'altro. In questo modo gli immaginari corporei derivano dalla risultante dell'incontro tra le proprie esperienze corporee di piacere e dolore e le relazioni con gli altri, andando a strutturare l'esperienza individuale del Sè Corporeo. Le modalità in cui rappresentiamo il nostro corpo sono legate alla fisicità del corpo, dunque alle esperienze sensoriali con l'oggetto (il tatto, la visione, il movimento). Si deduce che la percezione dell'immagine corporea sarà fortemente influenzata dalla qualità delle identificazioni precoci.

Nella distinzione teorizzata da Laufer (2005), il “corpo interno”, quello libidico risultante dalla relazione col materno, si distingue dall'immagine corporea; quest'ultima deriva dall'esperienza sensoriale che conduce verso la strutturazione di una rappresentazione psichica della stessa, separata dal materno in un'identità altra. Se normalmente queste due dimensioni vanno verso una graduale integrazione, nelle derive patologiche prende forma una scissione, origine di quell'odio verso il proprio corpo. La sfida adolescenziale impone di integrare una nuova immagine corporea che tenga conto del nuovo corpo sessuato.

Alcuni studi hanno mostrato come le deviazioni dello sviluppo dell'immagine corporea siano il prodotto di insoddisfazione, esperienze negative o distorsioni percettive dell'aspetto fisico (Garfinkel e Garner, 1982). L'insoddisfazione legata all'immagine corporea è notoriamente identificata come fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari nonché di disturbi depressivi (Shepherd e Ricciardelli, 1998; Thompson, Covert, Richards, Johnson e Cattarin, 1995), mentre pochi studi hanno considerato l'immagine negativa del corpo quale fattore di rischio per il suicidio o per l'autolesionismo in adolescenza.

Si deve ad Orbach (1996) la concettualizzazione che l'odio verso il proprio corpo e il correlato disinteresse a tutelarlo facilitino la messa in atto di comportamenti autodistruttivi. Tale disprezzo favorirebbe la genesi di sentimenti di distacco e di fenomeni di dissociazione, mentre, in un circolo virtuoso, vedere il proprio corpo come un oggetto separato dal Sé consentirebbe la condizione per cui risulterebbe più facile danneggiarlo. Distacco e indifferenza verso la

possibilità di proteggere il corpo che conducono ad un'anedonia fisica, che spiegherebbe la tolleranza al dolore durante gli agiti autolesivi.

In particolare le teorie di Orbach, di influenza femminista, hanno sostenuto l'ipotesi che i disturbi dell'immagine corporea siano il risultato anche di influenze e norme culturali connesse agli ideali di bellezza che agiscono come pressioni sociali sulle giovani donne.

In particolare in adolescenza diversi studi hanno mostrato come la presenza di sentimenti negativi nei confronti del corpo e l'assenza di atteggiamenti protettivi verso di esso aumentavano in coloro che avevano una storia di tentativi di suicidio (Orbach, Stein e Mirit-Har, 2001), definendosi quali fattori di rischio per la messa in atto di condotte autodistruttive (Brausch e Muehlenkamp, 2014), allo stesso modo in campioni clinici di entrambi i sessi (Orbach et al., 2006). Un dato riscontrato anche in una ricerca svolta tra gli adolescenti italiani, in cui si metteva in luce come l'immagine negativa del corpo poteva aumentare il rischio di suicidio in entrambi i sessi (Miotto, de Coppi, Frezza e Preti, 2003).

Una rigida attenzione all'immagine corporea avrebbe portato alcuni autori a parlare di dimensioni di oggettivazione del corpo (Fredrickson e Roberts, 1997), altamente rischiose per l'insorgere di psicopatologie alimentari e autolesionismo, dal momento che l'esperienza di oggettivazione contribuirebbe ad aumentare l'insoddisfazione corporea e a favorire esperienze di disconnessione corporea interno/esterno (Muehlenkamp e Brausch, 2012).

2.2.3 Note sul meccanismo di dissociazione nell'autolesionismo.

Già nei suoi primi studi Favazza considerava l'autolesionismo come modalità per interrompere vissuti di depersonalizzazione, rendendo possibile l'esperienza di sentirsi reali, attraverso la stimolazione corporea, il dolore e la vista del sangue.

La dissociazione è un meccanismo difensivo dell'Io che può agire in maniera parziale o globale sulla personalità, comportando l'interruzione dell'integrazione dei pensieri o delle emozioni. Come vedremo risulta di grande

interesse nei casi di autolesionismo, dove può agire nel rapporto mente-corpo.

Tale meccanismo, che sarà solo brevemente affrontato, meriterebbe una più estensiva trattazione, dal momento che ha stimolato l'interesse per numerosi studi, a partire dai lavori di Pierre Janet (1889) prima e di Sigmund Freud (1895) poi, anche se prevalentemente calati nei quadri clinici di isteria.

Secondo la concettualizzazione di Braun (1988) sarebbe possibile dissociare il comportamento, come nei casi di automutilazione in stato di *trance*, oppure l'affetto, come nella condizione di *belle indifférence*, ma ancora la sensazione, come nei ricordi corporei di violenza subita, o infine la conoscenza, comune nei casi di amnesia. In ognuna di queste condizioni si tratta di un meccanismo adattativo che agisce a difesa dell'Io (McWilliams, 1994), sacrificandone una parte.

Nel lavoro di Julia Pestalozzi sul *self-cutting* (2008), l'autrice tratta della dissociazione riprendendo le analogie con la psicosi. I quadri clinici di autolesionismo trasmettono l'impressione che il corpo, o parti di esso, rappresentano per i pazienti "zone morte" o "zone cattive" del Sè (p.7), in stretta analogia con i deliri psicotici. Parti inaridite del corpo, aree distrutte della pelle, buchi, che si prestano a proiezioni e identificazioni proiettive come nel caso degli psicotici o dei pazienti borderline. Il dolore del corpo appare calmare momentaneamente vissuti di colpa e di vergogna sperimentati come localizzati nel corpo, "come se la parte morta e la vergogna fossero proiettate nel corpo, sepolte nel corpo, fossero il corpo" (p.7). Nei momenti di regressione fallisce la capacità di simbolizzare e tali pazienti finiscono per confondere il corpo e la psiche, in un'equazione simbolica (Segal, 1957) in cui le immagini proiettate nel corpo non simbolizzano uno stato psichico, bensì lo sono. Con il fallimento della capacità di simbolizzazione, anche la capacità di "contenere" gli affetti, che appartiene alla funzione alfa (Bion, 1962), viene perduta.

Il corpo, o meglio l'immagine corporea, diviene discarica della mente, ricettacolo di proiezioni, di ciò che è scisso, dissociato, paragonabile al ruolo degli altri nei quadri di psicopatologie borderline. Ipotizzando possibili matrici traumatiche, l'immagine corporea per tali pazienti doveva essere da sempre

disponibile a qualcosa di potenzialmente estraneo, alienabile, che non appartiene al Sè. Pezzi del Sè vengono staccati per essere attaccati, feriti, in una dinamica consentita anche dal meccanismo di dissociazione che agisce, a livello spaziale, sull'immagine corporea.

D'altronde, come ricorda Laufer (2005), in adolescenza, quando non si realizza l'insediamento e il riconoscimento del nuovo corpo come oggetto interno nell'immagine del Sé, si apre il rischio patologico di una dissociazione dalla propria immagine, finendo per considerare il corpo come oggetto esterno, dunque possibile meta di attacchi distruttivi.

Quando il corpo viene logorato, o viene percepito tale, i pazienti possono provare processi psichici di depersonalizzazione, di estraneità del corpo, di manipolazione dal di fuori, concretizzando angosce di disintegrazione; in questo caso si parla di disturbi dei confini dell'Io, citando Anzieu (1978), che ricorda i pionieristici lavori di Tausk, dove si concettualizza il meccanismo della dissociazione dell'immagine corporea dal soggetto.

Nel caso invece di ricordi traumatici dissociati, l'autolesione potrebbe rappresentare un tentativo di regolazione post-traumatica volto a padroneggiare elementi inconsci coattivamente riproposti (Van der Kolk et al., 1996), con il rischio di strutturare una sindrome da rimessa in atto del trauma (Miller, 1994). L'autolesionismo come tentativo di dominare il trauma, trasformazione del dolore emotivo in sofferenza della carne, prova di una pregressa esperienza dissociativa, dove il corpo, che piange lacrime di sangue, testimonia sofferenze che non possono essere pensate, simbolizzate, raccontate (Farber, 2008). Nei casi clinici di abusi, l'autolesionismo potrebbe dire di un'identificazione coattiva con l'aggressore, garantita dal meccanismo dissociativo tra la parte del Sè abusata e quella abusante, in una ritualità che depura il corpo (Farber, 1997).

Nei quadri di *Self-cutting* si propone una conversione del dolore mentale in dolore fisico, assolvendo a funzioni auto-calmanti (Charles, 2001), della passività in senso di attività (Akhtar, 2000), accedendo ad una nuova rappresentazione del Sè come Sè-agente (Chefetz e Bromberg, 2004). Nella trasformazione dell'esperienza di passività si pensi anche ai casi di vissuti traumatici di abuso e

maltrattamento infantili, spesso associate all'autolesionismo come fattori di rischio (Miller, 1994). La condotta autolesiva diviene una forma primitiva di comunicazione (Farber et al., 2007), un agito difensivo¹¹, laddove non è possibile mentalizzare gli affetti (Haza e Keller, 2005; Pirlot e Cupa, 2006; Ochonisky, 1984; Vrouva, Fonagy, Fearon e Russow, 2010; Marchetti et al, 2013).

Inoltre il comportamento autolesivo può agire, all'opposto, proprio nelle condizioni di dissociazione (Steinberg e Schnall, 2001), talvolta anche come modalità funzionale ad uscirne; la percezione del dolore riporta l'attenzione sul corpo, dunque sul Sè, ponendo fine a stati dissociativi (Klonsky, 2007; Simpson, 1975). Nei pazienti che sentono di essere staccati dalla realtà, la vista del sangue può agire come rassicurazione di essere vivi, reali, con dei confini precisi (Conterio et al., 1998). Inoltre le cicatrici lasciate permetterebbero di conservare una continuità esistenziale collegando gli episodi dissociativi con esperienze o emozioni che potrebbero non essere state integrate nel senso del Sè (Miller e Bashkin, 1974).

2.3 Derive masochistiche del femminile: l'autolesionismo come punizione del Sè.

Come forma di attacco al corpo l'autolesione mobilita fortemente la tematica del masochismo e, alla luce dei dati di genere, del masochismo come possibilità del femminile. Dei tre tempi del masochismo, erogeno, femminile e morale (Freud, 1924), il masochismo morale permette di ripensare alle questioni del femminile legate al "bisogno di punizione", al sacrificio e alla colpa, in virtù del legame con la formazione del Super-Io.

11 In particolare, è interessante notare come diversi psicoanalisti si siano soffermati sull'osservazione delle differenze di genere negli agiti in adolescenza, notando come le ragazze tendono a ferire, parzialmente o totalmente, il proprio corpo, mentre i ragazzi rivolgono la propria aggressività all'esterno (Pommereau, Brun e Moutte, 2009), come già messo in luce nei lavori di Blos (1979), nei quali si evidenziava un *acting* femminile maggiormente connesso ad aspetti legati alla sessualità.

Chabert (2003), interrogandosi su queste tendenze del femminile, ridiscute il saggio freudiano *“Un bambino viene picchiato”* (1919) in cui è in atto una delle versioni “primordiali” della fantasia di seduzione. Questa fantasia pone l’eccitazione nell’altro provocato dalla vittima che subisce gli effetti del trauma. La vittima, convincendosi di aver provocato “una violenza inaspettata e raggelante”, ricerca il sacrificio come unica strada di espiazione alla “sessualità connotata dal masochismo e dai suoi trionfi” (p.31). Da qui l’autrice arriva a questa costruzione: il masochismo morale subisce nell’edipo un processo di risessualizzazione che, legandosi ad una convinzione incestuosa, provoca angoscia e uno spostamento degli attacchi distruttivi dall’oggetto all’Io. È questo non poter mettere in gioco la rivalità con la madre, a cui la ragazza guarda nel suo processo identificatorio, e questo non poter aprirsi alla passività, ad indurre alla ricerca della punizione.

Helen Deutsch (1930), Melanie Klein (1950) e Janine Chasseguet-Smirgel (1964) confutando l’idea freudiana di un Super-Io femminile deficitario (Freud, 1925), hanno teorizzato la presenza di un Super-Io sadico, arcaico ed esigente, mostrando come nelle donne alberghi un forte senso di colpa e tendenze masochistiche (repressione della sessualità, ricorso alla somatizzazione, maggiori difficoltà rispetto agli uomini di godere di fantasie di piacere, sensualità e conquista). Bernstein (1983) rintraccia le radici del Super-Io femminile nella confusione tra genialità e analità e nella paura della madre onnipotente, ipotizzando l’esistenza di un Super-Io che rinvii a diversi livelli evolutivi: il primo, il Super Io precoce, è legato al rapporto primario con la madre ed è rigido e crudele in maniera proporzionale agli impulsi aggressivi che il bambino prova nell’esperienza di perdita del seno, mentre il secondo, meno arcaico, è connesso alla funzione paterna (Ferraro e Nunziante-Cesaro, 1985).

Tutto ciò induce a pensare con Freud (1924) che il bisogno di punizione scaturisca dall’impossibilità di realizzare le esigenze del Super-Io. Si impone così nella psiche un messaggio intraducibile, un “Io non ti amo- Lei non mi ama” (Chabert, 2006), che giustifica il ricorso al dolore, all’automutilazione come possibilità per riempire il buco dell’esistenza provocato da un disinvestimento dal

materno troppo brusco e precoce. Si configura uno scenario di tendenze masochistiche femminili che richiamano il vincolo materno primario, un vincolo strutturante della psiche e implicato nell'acquisizione del femminile come luogo in cui si è sedimentato l'aspetto perturbante del piacere nel dolore (Nunziante-Cesaro e Stanziano, 2012). Ciò sembra essere ancor più vero in adolescenza quando si riattivano vicende, emozioni che rievocano il complesso rapporto del femminile con il materno; l'automutilazione diventa la possibilità di attivare il disinvestimento, una possibilità crudele e dolorosa che ingaggia l'altro.

Chabert (2006), partendo da una primordiale delusione che provoca il ritiro della libido dall'oggetto deludente e il volgersi di essa nuovamente sull'Io, accosta masochismo e narcisismo. Nel masochismo morale, basato su una relazione con l'oggetto narcisistica, sulla ricerca della sofferenza e sull'odio rivolto all'Io, la parte libidica continua ad essere viva nella punizione. In qualche modo, nonostante le potenzialità distruttive, l'emergere della pulsione di morte può assicurare una funzione difensiva di tipo narcisistico per l'individuo.

Allo stesso modo la riflessione di Nunziante-Cesaro e Stanziano (2012) giunge ad ipotizzare il masochismo come una "perversione dell'autoerotismo" (p.9), un tentativo agito e disperato di fuoriuscire dall'indifferenziato inglobante, da un narcisismo contrassegnato dalla pulsione di morte quale mortifero polo attrattore; in questa dinamica la manovra autodistruttiva sembra tesa a reperire un probabile investimento oggettuale, in un dominio di Thanatos su Eros.

De Luca (2011), riprendendo l'opposizione di Rosenberg (1991) tra *masochisme gardien de la vie*, masochismo primario garante della vita psichica che trasforma il piacere in piacere-dispiacere permettendo il legame dell'eccitazione, e *masochisme mortifère* che risulta interamente rivolto sul dispiacere della tensione per cui quella parte della pulsione di morte proiettata sull'oggetto, al contempo legata alla pulsione di vita, risulta inesistente, lasciando campo libero alla distruttività che prende come oggetto se stessi, raggruppa aspetti differenti della dinamica masochistica presente nell'autolesionismo. La ricerca del dolore e della punizione può essere portatrice di una dimensione di rinforzo narcisistico del Sé e di differenziazione dei propri limiti, permettendo

un'integrazione del femminile attraverso il masochismo femminile, oppure, al contrario, può accompagnare un rifiuto del femminile, in cui, attraverso un'organizzazione perversa, la ricerca del dolore e del sangue diventa una modalità di godimento ed espressione di una mascherata della femminilità.

L'autolesionismo intenzionale attiva il masochismo come modalità d'integrazione della femminilità e della passività, un'integrazione a tratti completa, difensiva e armoniosa, e come rottura della bisessualità onnipotente a favore di una rappresentazione dell'identità femminile prima attraverso il dolore e il sangue e, successivamente, più simbolizzata e interna (De Luca, 2011).

Concludendo si può affermare che nelle condotte di attacco al corpo le giovani donne rivelano una certa fragilità narcisistica (Jeammet, 1989), confusione o mancata separazione Sé-Altro, tipica degli stati limite (Green, 1991), che impedisce loro di affrontare i cambiamenti puberali tipici dell'adolescenza. L'investimento masochistico diviene allora una modalità difensiva ed autarchica di ripiegamento sul Sé per rifiutare il corpo sessuato e marcare una separazione e una differenziazione con l'altro.

III CAPITOLO. Corpo, Identità e Relazioni: uno studio quali-quantitativo sull'autolesionismo femminile in adolescenza dai contesti virtuali a quelli reali.

*“..le cicatrici sono le mie storie
scritte sulla pelle”*
dal Blog di un'Autolesionista.

3.1 Il disegno di ricerca.

La ricerca, volta ad indagare i comportamenti di autolesionismo e la loro relazione con le questioni di genere, si struttura attraverso due percorsi di analisi contigui e paralleli. A partire da uno studio dei siti italiani Pro-Autolesionismo, pagine virtuali dove si condividono storie e immagini femminili di adolescenti autolesioniste, ho deciso di estendere la ricerca ai contesti reali, esplorando il fenomeno negli istituti scolastici del territorio napoletano. Mi sono avvalsa di una metodologia quali-quantitativa in grado di interrogare il fenomeno nella sua complessità.

3.1.1 Gli obiettivi della ricerca.

Lo studio si propone di indagare la rappresentazione del Sè (in particolare del Sè corporeo), la regolazione delle emozioni e le dinamiche relazionali in adolescenti con condotte di autolesionismo, esplorando i contesti virtuali e quelli

reali (la scuola). Dalla clinica, dalla rete e dal senso comune continuano a giungere segnali che raccontano dello stretto legame tra autolesionismo e genere femminile, ancora poco sostenuto empiricamente dalla ricerca.

In particolare, gli obiettivi specifici dello studio hanno riguardato:

1. Un'indagine esplorativa dei siti internet italiani pro-autolesionismo, con l'obiettivo di esplorare la rappresentazione dell'autolesionismo che i Blog e le pagine Facebook a tema riflettono;
2. Realizzare uno screening dell'autolesionismo (prevalenza, funzioni e modalità) in un campione non clinico di adolescenti frequentanti le scuole superiori del Comune di Napoli che hanno aderito alla ricerca;
3. Indagare la relazione che intercorre tra autolesionismo e rappresentazione del Sè Corporeo;
4. Indagare la relazione che intercorre tra autolesionismo e regolazione affettiva;
5. Esplorare la rappresentazione dell'identità autolesionista in adolescenza nelle sue declinazioni in funzione del genere.

3.1.2 Le ipotesi di ricerca.

L'ipotesi da cui sono partita è la possibile esistenza di una difficoltà nell'area della rappresentazione e della regolazione delle emozioni, prettamente connesse alla svalutazione e al disinvestimento del proprio corpo, negli adolescenti che ricorrono a comportamenti autolesivi, nonché una notevole differenza di genere nel ricorso e nell'articolazione delle condotte autolesive.

Nello specifico, le ipotesi di ricerca riguardano:

1. Una rappresentazione virtuale dell'autolesionismo strettamente connessa alle figure femminili, a vissuti ed emozioni depressive, a difficoltà concernenti il corpo e alla ricerca di supporto e condivisione emotiva;
2. La diffusione dell'autolesionismo in un campione non clinico, con una prevalenza tra la popolazione femminile e differenze di genere relativamente alle funzioni e alle modalità di messa in atto;
3. Una correlazione significativa tra la rappresentazione negativa del

Sè Corporeo, la dis-regolazione affettiva e il ricorso all'autolesionismo;

4. Una relazione diretta della combinazione di scarso investimento corporeo e dis-regolazione affettiva sul ricorso all'autolesionismo.

3.2 Metodologia.

Alla luce delle ipotesi di ricerca e della complessità del tema mi sono avvalsa di una metodologia di tipo quali-quantitativo che potesse esplorare da vertici differenti le aree dell'Autolesionismo, del Sè Corporeo, delle Emozioni e delle connessioni tra Autolesionismo, Identità e Relazioni.

Per indagare le rappresentazioni del fenomeno, dunque per analizzare i testi dei blog e dei siti monitorati negli anni, raccolti e assemblati come unico corpus, così come i tesi delle narrazioni prodotte su consegna dagli adolescenti, è stato predisposto un approccio di tipo qualitativo capace di valorizzare la ricchezza del materiale raccolto. In questa prospettiva, se si intende l'esperienza soggettiva come una costruzione narrativa (Bruner, 1991), essenziale nello sviluppo (Stern, 1985), il dispositivo narrativo assume particolare rilevanza. D'altronde in ambito psicoanalitico (Shafer, 1983; Spence, 1982; Ricoeur, 1981; Corrao, 1987; Ferro, 2006) e psicologico clinico (Freda, 2008; Margherita, 2009) è stato illustrato come la narrazione sia capace di attivare possibili campi di conoscenza e trasformazione, rivelandosi particolarmente utile in età adolescenziale laddove la trasformazioni psicofisiche incontrano la necessità di raccontare il Sé.

Per indagare la prevalenza, le funzioni e le modalità dell'autolesionismo tra gli adolescenti del campione, per le correlazioni e le relazioni tra le variabili mi sono invece servita di un approccio quantitativo che si mantenesse coerente in tutte le fasi, dalla costruzione del questionario all'analisi dei dati.

3.2.1 Il campione.

3.2.1.1 Il campione virtuale.

Sono stati monitorati 70 siti italiani dedicati al tema dell'autolesionismo,

34 Blog e 36 profili Facebook, tutti pubblici¹². Veri e propri diari, talvolta aggiornati quotidianamente, sulla propria esperienza di autolesionismo, i siti raccontano del Sè, delle relazioni significative, delle proprie emozioni, della patologia. Essi sono stati considerati delle vere e proprie narrazioni *online*. Tutti i siti selezionati erano creati e gestiti da adolescenti femmine. I siti sono stati monitorati per tutto il 2014, mentre il testo analizzato, rappresentato da post e

12 Elenco dei titoli dei siti. Blog Autolesionismo: a18annimenevadoinamerica il diario di un autolesionista, alessiasettesoldi diario di un autolesionista, autolesiOnism0 la ragazza muta, autolesioni autolesionismo stop, autolesionismodolcenera, bloodyme diario di un autolesionista, cicatricisulcorpo la ragazza fredda come la neve, dal diario di un autolesionista, autolesionismo stop, blood on the skin, diario di un disastro, diario di un autolesionista, hovomitatoanchelanima dal diario di un autolesionista, laragazzachecercavalasalvezza lo sfogo di un autolesionista, mortadentro-sorrisofalso non volevo tutto questo, vivo di ricordi, rossocomeilsangue rosso sangue; il segreto di un autolesionista, vitadiunautolesionista autolesionismo ciao ciao, diario di un'autolesionista, sonosolo(det)tagli, labbrarossecuorerotto, manythingstosaytoyou, imnotsostronganymoreblog, unurlorossosanguee, la-notte-nel-cuore, labambolavuota, laragazzadaipolsitagliati, youaremyonlyloveme, sole-e-pioggia, autolesionismotrueacidity, imasuicidal0, thesupertroublemaker, itslikeasadness, justbreatheroadtohappiness. Pagine Facebook: DiarioDiAutolesioniste, NonVoglioMorireVoglioEssereSalvata, Quelladolescentecon-un-sorriso-sul-viso-e-dei-tagli-sul-polso, ehi-mamma-colpa-del-gatto, tiSentirestiMeglioVedendomiSanguinare, Passerà-come-passa-tutto, il.diario.di.unautolesionista.riserva, Diario-di-un-suicidio-mentale, Mi-faccio-male-da-sola, Piacere-io-sono-lautolesionismo, Autolesionismo-vattene, Autolesionismo, Autolesionismo, Un-sorriso-sulle-labbra-e-i-tagli-sui-polsi, bastafarsidelmale?, Autolesionista-dalla-nascita, Io-la-ragazza-color-Indaco, Io-sono-unautolesionista, Gli-errori-vanno-coperti-con-una-linea-rossa, QueiTagliComeScudo, Un-Sorriso-Sul-Volto-Mille-Tagli-Sui-Polsi, E-ho-iniziato-a-farmi-del-male, La-mia-storia-scritta-sul-mio-corpo, Acomepassatutto, Nonvogliomorirevoglioesseresalvata, Autolesionismo, Quei-tagli-la-mia-storia,Ogni-cicatrice-ha-la-sua-storia, Mihannotolteleparoledibocca, Ilciborimarràsempreilmioprimamamore, Autolesionismo-nograziehosmesso, Autolesionista, vedendomisanguinare, ehimammalivediquestitagliècolpadelgatto, quell'adolescenteconunsorrisosulvisoedeitaglisulpolso.

commenti degli utenti, riguardava anche gli anni precedenti, fino al giorno di apertura del profilo.

3.2.1.2 Il campione non clinico.

Il campione non clinico di adolescenti è risultato composto da 589 studenti, di cui 331 maschi e 258 femmine, con un'età media 14 anni, frequentanti il biennio di due scuole superiori del Comune di Napoli che hanno deciso di collaborare alla ricerca. Nello specifico il 68,9% frequentava un Liceo Scientifico e il 31,1% un Istituto comprensivo di diversi indirizzi tra cui il liceo scientifico, il liceo delle scienze umane e l'istituto tecnico industriale. Su un totale di 589 studenti, 108 si sono dichiarati autolesionisti (il 18,3% del campione totale); nello specifico il 12,1% del Liceo (49 su un totale di 406 studenti intervistati) e il 32,2% dell'Istituto (59 su un totale di 183 studenti intervistati); in particolare, stando alla variabile di genere, dei 108 autolesionisti il 31,5% sono maschi e il 68,5% femmine.

Per quanto concerne le narrazioni, su 108 studenti che si sono definiti autolesionisti 97 hanno scelto di raccontare una storia di autolesionismo. Sono state raccolte 97 narrazioni, di cui 72 scritte da femmine e 25 da maschi, rilevando che l'8% del campione femminile ha scelto di non narrare, a differenza del 25% dei maschi che ha preferito astenersi. Il 72% delle storie riguarda un personaggio femminile, mentre il 27% un protagonista maschile, riflettendo la proporzione di genere del campione (74% femmine e 26% maschi). Il 71% delle narrazioni riguardano storie reali, mentre il 29 % riguardano storie inventate. Nel dettaglio, il 47% ha deciso di raccontare una storia che riguardasse se stessi, il 24 % una storia che riguarda altri conosciuti e il 29% un personaggio di fantasia.

3.2.2 Gli strumenti.

Per ogni area sono stati scelti degli strumenti in grado di indagare il fenomeno tanto negli aspetti psicometrici, quanto nelle dimensioni più prettamente qualitative.

Per l'area Autolesionismo:

- *Il Risk Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (RTSHIA)*; Vrouva, Fonagy, Fearon e Roussow, 2010) nella versione italiana (Marchetti, Bracaglia, Cavalli e Valle, 2013); si tratta di uno strumento self-report composto da 27 item che indaga i comportamenti a rischio e i comportamenti autolesivi in adolescenza. Il questionario, che gode di buone proprietà psicometriche di consistenza, affidabilità e validità, consente uno screening ampio, volto a valutare e prevenire il disagio psicologico. Nello specifico, il primo gruppo di item sono relativi al fattore Risk Taking e indagano i comportamenti a rischio (ad esempio comportamenti sessuali a rischio, bere alcolici fino ad ubriacarsi, fare uso di droghe, fumare tabacco); il secondo gruppo si rifà al fattore Self-Harm e indaga l'autolesionismo (ad esempio, procurarsi intenzionalmente dei tagli, rifiutare di mangiare, pensare al suicidio, tentativi di suicidio), permettendo quindi di separare i fattori e calcolare punteggi diversificati. Per ciascun item è prevista una risposta su una scala a 4 punti (mai, una volta, più di una volta, molto spesso).

- *l'Italian Inventory of Statements about Self-injury (ISAS*, Klonsky e Glenn, 2009), nell'adattamento italiano di Maura Manca (in fase di pubblicazione con il Prof. Leone), questionario self-report volto ad indagare la presenza e le funzioni dell'autolesionismo. Il questionario si compone di una prima sezione che misura la frequenza di un comportamento di autolesionismo senza intento suicida eseguito intenzionalmente, e di una seconda sezione che valuta 13 funzioni dell'autolesionismo che rientrano nelle seguenti due macro-categorie intrapsichiche ed interpersonali. Per la dimensione intrapsichica le funzioni sono: *regolazione affettiva*, *anti-dissociazione* (es. "quando metto in atto comportamenti autolesionistici lo faccio per cercare di sentire qualcosa, al contrario di niente, anche se è dolore fisico"), *anti-suicidio*, *marcare l'angoscia* (es. "...farmi un segno fisico che esprime quanto mi sento male"), *punizione del Sè*. Per la dimensione interpersonale le funzioni sono: *autonomia*, *confini interpersonali* (es. "...dimostrare che sono separato dalle altre persone"), *influenza interpersonale*, *legame tra pari*, *vendetta*, *cura del Sè*, *ricerca di sensazioni*, *resistenza fisica* (es. "...vedere se riesco a sopportare il dolore"). Ogni item è

valutato con una scala a tre punti (da 0 = per niente rilevante a 2 = molto rilevante per la propria esperienza di autolesionismo);

Per l'area Sè Corporeo:

- la *Scala dell'Investimento Corporeo* (Body Investment Scale, BIS; Orbach and Mikulincer, 1998), strumento self-report sull'investimento emotivo del proprio corpo con particolare riferimento alle percezioni corporee distorte e alla tendenza a proteggere e danneggiare il proprio corpo. Il BIS include quattro sottoscale che riguardano i sentimenti e le attitudini circa il corpo, la cura del corpo, la protezione e il confort nel contatto fisico con gli altri. Ogni scala è composta da 6 items: l'immagine corporea (body image) include items sull'immagine, i sentimenti e gli atteggiamenti corporei; il contatto fisico con gli altri (body touch) include items che indagano il confort personale nelle situazioni di contatto fisico con gli altri; la cura del corpo (body care) consiste in items che indagano i riguardi e i comportamenti di cura verso il proprio corpo; la protezione del corpo (body protection) indaga il proprio desiderio di proteggere e tutelare il proprio corpo. La scala si è dimostrata predittiva sia di comportamenti autolesionistici che di tendenze suicide già in un primo studio svolto dagli autori con gli adolescenti e i giovani adulti tra i 13 e i 19 anni. In tale ricerca coloro con punteggi più elevati riportavano una maggiore autostima oltre ad aver sperimentato adeguate cure materne, risultavano più propensi ad indicare una capacità di godere dei piaceri del corpo e dei suoi aspetti sensuali. Il range di risposte possibili va da completamente in disaccordo a completamente d'accordo, laddove alti punteggi indicano un positivo investimento affettivo del corpo. È in corso la procedura di validazione italiana dello strumento (Cerutti, Manca e Presaghi, 2009).

Per l'area Emozioni:

- il *Difficulties in Emotion Regulation Strategies* (DERS, Gratz e Roemer, 2004) nella versione italiana (Sighinolfi, Pala, Chiri, Marchetti e Sica, 2010) è un questionario *self-report* che misura le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni di natura negativa, sviluppato a partire dal modello teorico della regolazione emotiva. Permette di misurare la presenza di

potenziali difficoltà nelle dimensioni di consapevolezza e comprensione delle emozioni, accettazione delle emozioni, abilità di controllare le condotte impulsive e di comportarsi in accordo con i propri obiettivi, capacità di utilizzare strategie flessibili di regolazione emotiva appropriate al contesto ed alle richieste situazionali. È composto da 36 item a risposta multipla organizzati in sei scale: 1 *Mancanza di Accettazione della risposta emotiva* (Mancanza di Accettazione), formata dagli item che riflettono la tendenza ad avere reazioni di non accettazione rispetto al proprio disagio o a provare emozioni secondarie negative (es. “quando sono turbato mi arrabbio con me stesso perchè mi sento in quel modo”), 2 *Difficoltà a distrarsi dall'emozione e ad eseguire comportamenti alternativi* (Difficoltà nella Distrazione) che concerne le difficoltà nel concentrarsi e nell'eseguire un compito quando si provano emozioni negative (ad es. “quando sono turbato ho delle difficoltà a concentrarmi”), 3 *Mancanza di fiducia nelle proprie abilità di regolazione emotiva* (Mancanza di Fiducia) riflette il livello di fiducia della persona circa le capacità personali di gestire e regolare efficacemente le emozioni una volta che queste si sono manifestate (ad es. “quando sono turbato credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio”), 4 *Difficoltà nel controllo dei comportamenti* (Mancanza di Controllo) rileva la difficoltà nel mantenere il controllo sui propri comportamenti quando si provano emozioni negative (ad es. “vivo le mie emozioni come travolgenti e fuori dal controllo”), 5 *Difficoltà nel riconoscimento dell'emozione esperita* (Difficoltà nel Riconoscimento) riguarda il grado in cui la persona riescono a riconoscere e comprendere distintamente quale emozione stanno provando (ad es. “non ho idea di come mi sento”), 6 *Ridotta autoconsapevolezza emotiva* (Ridotta Autoconsapevolezza) contiene item che sottolineano la tendenza a prestare attenzione al proprio stato emotivo (ad es. “presto attenzione a come mi sento”).

Per l'area Autolesionismo, Identità e Relazioni:

- Monitoraggio dei siti pubblici italiani pro-autolesionismo selezionati online inserendo nei motori di ricerca come Google e nel motore di ricerca di Facebook le parole chiave “autolesionismo”, “Self-cutting”, “blog autolesionismo”, “diario autolesionismo”. La raccolta dei testi prodotti nei siti ha

riguardato i post delle proprietarie delle pagine, tutte adolescenti di sesso femminile. È stato creato un database dei contenuti raccolti, divisi per variabili siti Blog e siti Facebook, che è stato pulito e preparato in seguito per l'analisi semantica.

- Consegna narrativa che invita a raccontare un episodio di autolesionismo: *“Racconta una storia in cui il protagonista ferisce intenzionalmente il suo corpo. La storia può essere reale o del tutto inventata”*. Per indagare le connessioni semantiche tra l'autolesionismo e i vissuti connessi al senso di identità e alle relazioni significative, esplorando la rappresentazione dell'identità autolesionista. Gli adolescenti erano invitati inoltre ad indicare se la storia fosse reale o inventata, se il protagonista e i personaggi fossero di fantasia o reali, indicando in questo caso “Me” se riguardava loro in prima persona o “Altro” se riguardata altre persone reali.

3.2.3 La procedura.

Relativamente al campione virtuale, da Gennaio 2014 a Dicembre 2014 sono stati monitorati 70 siti italiani, blog e profili Facebook tutti interamente pubblici, dedicati al tema dell'autolesionismo. I siti sono stati trovati inserendo come parole chiave nei motori di ricerca online le parole “autolesionismo”, “Self-cutting”, “blog autolesionismo”, “diario autolesionismo”. Sono stati scelti i siti più attivi, escludendo quelli in cui non vi erano interazioni da più di un anno. Si tratta di pagine che fanno esplicito riferimento a storie personali di autolesionismo, a partire spesso dal titolo, indicando come destinatari altre ragazze che condividono gli stessi disagi. Nella maggior parte dei casi si trovano comunicazioni in cui si avvisa che tali siti non hanno l'obiettivo di indurre o incitare i visitatori all'autolesionismo.

Una volta selezionato il materiale è stato creato un database dei contenuti testuali raccolti, divisi per variabili siti Blog e siti Facebook, che è stato pulito e preparato in seguito per l'analisi semantica. Il materiale raccolto ha riguardato i testi scritti e condivisi dagli amministratori delle pagine (esperienze personali, pensieri, diari, testi di canzoni, poesie, ecc).

Il campione non clinico degli adolescenti, maschi e femmine, è stato reclutato nelle scuole superiori di Napoli e Provincia, previo accordi con i referenti scolastici. Nello specifico sono stati contattati dodici istituti superiori del Comune di Napoli e della Provincia, sono state organizzate delle riunioni con i referenti scolastici ai quali è stata presentata la ricerca. Due scuole hanno deciso di collaborare, in particolare un liceo scientifico e un istituto comprensivo di più indirizzi (licei scientifico, classico e scienze umane e istituto tecnico). In questi istituti la ricerca è stata passata al vaglio delle Commissioni Etiche ottenendo l'approvazione. Il disegno di ricerca era stato precedentemente anche approvato dal Comitato Etico dell'Università Federico II di Napoli.

Dopo riunioni con i referenti scolastici si è deciso di procedere secondo tali modalità: in accordo con le disponibilità dei professori è stato stilato un calendario degli incontri con le classi per procedere alla somministrazione dei questionari, alla quale facesse seguito un momento di discussione in gruppo con gli adolescenti in cui si potesse riflettere sui temi emersi dal questionario e si potessero condividere pensieri, riflessioni, perplessità. Particolare attenzione è stata condotta alla creazione di un clima non giudicante, tutelando la privacy dei partecipanti, consentendo agli adolescenti di rispondere in maniera più sincera possibile ai questionari.

Sono state inoltre prefissate delle giornate di restituzione dei dati della ricerca per genitori e insegnanti, per informare sull'autolesionismo e sulle risorse territoriali, nonché per rispondere ai loro quesiti.

3.3 L'analisi dei dati.

3.3.1 Analisi qualitativa dei testi narrativi.

Per analizzare i diari online e le narrazioni prodotte nelle scuole ho fatto ricorso all'ausilio del T-Lab (Lancia, 2004; 2008), un software statistico per l'analisi quali-quantitativa dei testi, basato sul confronto di profili lessicali differenti, dimensioni di significato e temi presenti nel testo sotto analisi (Bolasco, 1999). I testi sono stati considerati come narrazioni che sono state accorpate in

due unici corpus testuali, quello dei siti e quello delle narrazioni che sono stati sottoposti alle analisi in due momenti differenti, ma seguendo le medesime procedure che vado ad illustrare. Per realizzare gli obiettivi di ricerca, dopo aver eseguito i passaggi preliminari di lemmatizzazione, disambiguazione e pulizia del vocabolario¹³, ho effettuato Cluster Analysis, attraverso un'Analisi dei Contesti Elementari¹⁴ (e.c.u.), che a cascata sono stati proiettati, quali variabili attive, sul piano fattoriale tramite un'Analisi delle Corrispondenze Multiple.

Il software analizza i testi di un singolo set di dati (Denzin e Lincoln, 1994), identificando le scelte lessicali, eseguendo su di essi delle analisi di co-occorrenza e di tipo comparativo. Il prodotto finale sintetizza i contenuti comuni in pochi e significativi cluster tematici, organizzandosi come un campo di significati condivisi dai partecipanti (Reinert, 1995) che permette di rintracciare dei vettori di senso nel discorso più ampio. Le unità lessicali incluse nell'analisi, intese quali parole o lemmi, sono il risultato di un processo di selezione che ha lo scopo di creare un elenco definito "parole chiave", ovvero le parole caratteristiche e peculiari di un testo. Il *cluster* è composto da un insieme di e.c.u. ed è descritto attraverso un insieme di parole chiave che, ordinate in base al valore decrescente di χ^2 , indica che la tipicità di ciascuna di esse per ogni cluster è associata mediante un valore semantico (Lancia, 2004). Questa operazione consente di riflettere sul significato delle singole parole, facendo riferimento a un numero di e.c.u., e di analizzarle all'interno della porzione di testo in cui sono utilizzate; d'altronde il significato di una parola è noto solo attraverso le sue relazioni con i contesti (Rastier et al., 2002; Greimas, 1983). Infine la proiezione del cluster sul piano

13 Attraverso la lemmatizzazione le forme dei verbi vengono riportate alle forme infinite, i sostantivi e gli aggettivi alla forma maschile singolare, le preposizioni articolate alla loro forma senza articolo; la disambiguazione è un'operazione che permette di risolvere dei casi ambigui ad esempio gli omografi la cui forma grafica è la stessa ma assumono un significato diverso; la pulizia del vocabolario permette di eliminare le parole vuote o senza significato, tipo le abbreviazioni, gli articoli o le congiunzioni.

14 Le Unità di Contesto Elementare sono frasi, paragrafi, frammenti di parole o brevi testi caratterizzati dagli stessi pattern di parole chiave.

fattoriale consente di potere osservare e interpretare le relazioni (in termini di opposizioni e vicinanze) tra i diversi temi emersi, ipotizzando degli assi interpretativi che legano insieme i cluster.

3.3.2 Analisi statistica degli strumenti psicometrici.

L'analisi dei dati raccolti dalla batteria di strumenti psicometrici è stata realizzata con l'ausilio del programma statistico SPSS (Statistical Package for Social Science). Le operazioni portate avanti, come di seguito spiegherò nel presentare i risultati, hanno riguardato, oltre le basilari analisi statistiche descrittive, il T test per campioni indipendenti, comparando le variabili di genere e di autolesionismo, le correlazioni bivariate, per indagare i gradi di relazione sistematica tra le variabili, e le regressioni lineari, per indagare un modello esplicativo dei comportamenti autolesivi in relazioni alle variabili indipendenti dell'investimento corporeo e della regolazione affettiva.

Per quanto concerne le correlazioni è stato considerato come coefficiente di correlazione r di Pearson, valido per le scale a intervalli o rapporti equivalenti. È dato dalla somma dei prodotti dei punteggi standardizzati delle due variabili ($\sum xzy$), diviso il numero dei soggetti. Tale coefficiente può assumere valori che vanno da -1.00 (tra le due variabili vi è una correlazione perfetta negativa) e $+1.00$ (tra le due variabili vi è una correlazione perfetta positiva), mentre una correlazione uguale a 0 indica che tra le due variabili non vi è alcuna relazione.

Per quanto concerne le regressioni si è tenuto conto dei valori di significatività ($p\ value < 0.05$), nonché dei valori del coefficiente angolare β , volto a misurare la pendenza della retta, positivo quando la retta cresce e negativo quando la retta decresce.

3.4 Risultati.

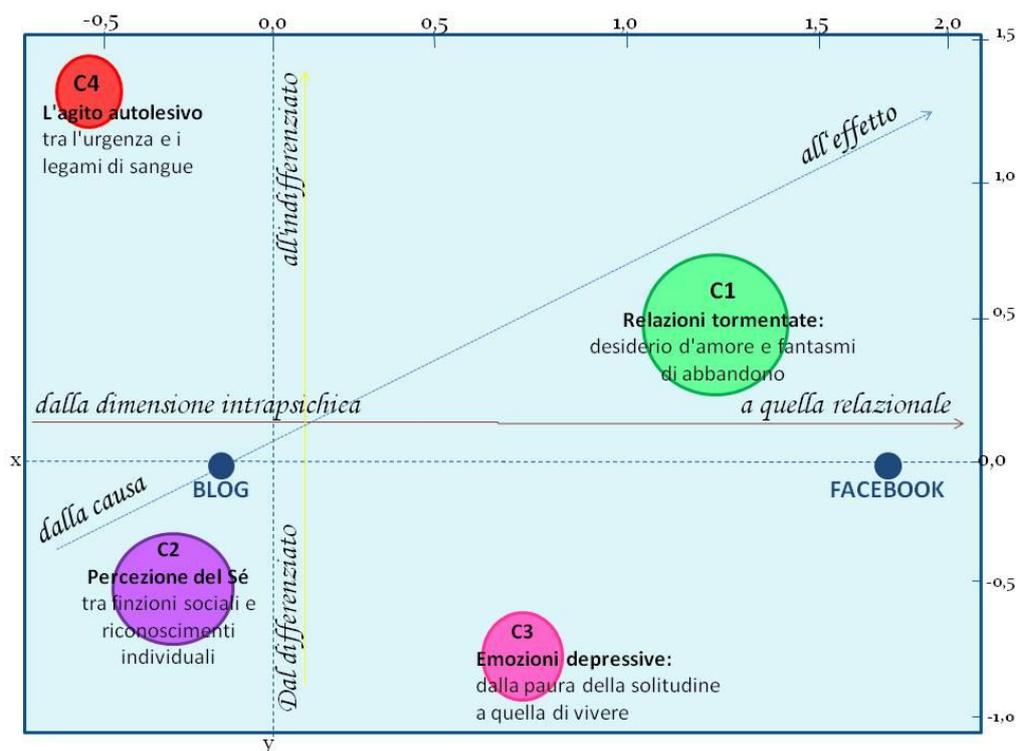
3.4.1 Risultati analisi dei cluster dei siti Pro-Autolesionismo.

Il corpus una volta importato nel software T-LAB è stato sottoposto ad un'analisi lessicale ed è risultato composto da 23497 contesti elementari, 636082

occorrenze (token), 23244 forme (type), 12423 lemmi, 8549 hapax (occ=1), con soglia di frequenza 8, e con 2937 parole chiave. La parola più frequente è risultata *Sentire* (2386 occorrenze).

Dopo aver considerato la variabile “tipologia di sito”, con le modalità Blog e Facebook, si è proceduto all’analisi dei cluster (Figura I), attribuendo ad ognuno un’etichetta interpretativa in base ai lemmi raccolti e secondo la collocazione sul piano fattoriale, a partire dal cluster che risultava statisticamente più significativo (valore soglia $p = .05$). Sarà dunque presentato ogni cluster con i lemmi che lo caratterizzano peculiarmente, ordinati in base al valore decrescente di χ^2 .

Figura I. Cluster Analysis dei siti Pro-Autolesionismo.



Sul quadrante del piano fattoriale in alto a destra troviamo il cluster 1 nominato “**Relazioni Tormentate: desiderio d’amore e fantasmi di abbandono**” (composto da 7556 e.c.u. su un totale di 20546, pari al 36.78%). I lemmi riportati sono: Te (1108.876), Io (942.754), Tu (742.722), Pensare (364.369), Capire (342.781), Persona (312.557), Amare (305.303), Amore

(277.638), Sentire (214.705), Noi (165.731), Passare (163.384), Vita (157.701), Cambiare (146.726), Dimenticare (137.548), Volte (131.114), Momento (131.104), Volgere (126.272), Cazzo (116.432), Scegliere (113.364), Trovare (111.652), Cercare (103.157), Scrivere (88.101), Prima (83.074), Aspettare (79.567), Giorno (30.538), Mese (29.818). In questo cluster cade la variabile *Siti Facebook* (10.946).

Il cluster accorpa in sé aspetti centrati sulle relazioni, in particolare a quelle d'amore, connotate da desideri di difficile realizzazione nonché dallo spettro di possibili dinamiche di abbandono, come si evidenzia anche negli stralci di testo di seguito proposti. Si percepisce fortemente la presenza-assenza di un altro, maschile, che non “sceglie”, che non “reputa all'altezza”, che “abbandona”. Tali relazioni sembrano presagire scenari di auto-danneggiamento. Tuttavia nel cluster è presente anche l'elemento della temporalità e della narrazione, richiamato da parole come *passare, vita, volte, momento, prima, aspettare, giorno, mese, scrivere*, nonché dalla variabile *Siti Facebook*; a testimonianza del fatto che si apre la possibilità di raccontare e di condividere i tormenti emotivi che i rapporti provocano. Le relazioni infatti sono rappresentate anche dalle altre internaute, possibili destinatarie del disagio condiviso nella rete, capaci di un supporto come testimoniano le parole *capire e sentire*.

“Un abbraccio che dice non te ne andare, anche io ho bisogno di te. Ho bisogno di un abbraccio che mi rompa le costole. Un abbraccio che dice non te ne andare, anche io ho bisogno di te ... certe parole ti distruggono e poi mi distruggo con tutto quello che trovo” (SCORE 228.774).

“Perché non sarebbe cambiato niente. Io non sarei mai stata abbastanza per te, non ne sarei valsa la pena. Poi c'era lei e tu non mi avresti mai scelto. Io non sono mai la scelta di nessuno. Non mi avresti mai amata come io amo te, neanche se ci avessi provato” (SCORE 191.063).

Sul quadrante in basso a sinistra c'è il cluster 2 chiamato **“Percezione del Sé tra finzioni sociali e riconoscimenti individuali”** (composto da 6963 e.c.u. su un totale di 20546, pari al 33.89%), i cui lemmi caratteristici sono: Ragazza (1674.888), Sorridere (1482.524), Guardare (1241.398), Occhio (1164.983), Bello

(1072.807), Vedere (1010.264), Piangere (666.238), Scuola (336.152), Ridere (227.72), Specchio (224.834), Capello (205.084), Mano (186.403), Fingere (157.884), Chiudere (151.356), Prendere (150.487), Posto (147.43), Casa (140.42), Nascondere (135.242), Sguardo (104.595), Professore (98.403), Mamma (92.683).

Il cluster generato racconta della necessità di interrogarsi sulla percezione del Sé come autolesionista, polarizzato tra un *Sè Pubblico-Maschera* difensivo e adattativo nelle relazioni sociali cui fa da contraltare uno svelamento del *Sè Privato* come depresso che lo specchio e la solitudine consentono. La *maschera*, i *sorrisi finti* e le *felpe larghe* sembrano far parte di una consuetudine non più accettabile, che probabilmente cerca lo *sguardo* dell'altro per uscire allo scoperto. Si rappresenta una possibile scissione tra due identità, quella sociale sorridente e solitaria e quella individuale dai tratti mortiferi, contattando forse vissuti di depersonalizzazione.

“Muori. Mi guardo allo specchio, vedo solo una ragazza con lo sguardo ormai spento, il sorriso scomparso, i capelli in disordine, il viso pallido, gli occhi rossi di chi piange troppo, le occhiaie per le notti passate in bianco a pensare se meritassi davvero di vivere, le unghie troppo lunghe, le ferite sulle braccia e sulle cosce. Vedo, ormai, una ragazza morta dentro” (SCORE 485.941).

“Sono la ragazza che ha lo sguardo spento, il sorriso falso ... con le felpe larghe e le mani nascoste, sono la ragazza che ama leggere ... che sta ore e ore su Tumblr senza fare i compiti, perché ciò la fa stare bene e così non pensa al resto del mondo. Sono la ragazza che a scuola sta da sola” (SCORE 410.552).

“Sono la classica ragazza che si nasconde dietro una maschera, per non mostrare il forte dolore che la imprigiona dietro un sorriso finto ... che piange ogni volta che è sola, che per uscire dal bagno deve truccarsi di nuovo e preparare un nuovo sorriso. La classica ragazza che si taglia ogni volta che è triste” (SCORE 386.830).

In basso a destra del piano fattoriale si trova il cluster 3 nominato **“Emozioni depressive: dalla paura della solitudine a quella di vivere”** (con 3139 e.c.u. su un totale di 20546, pari al 15.28%) con i lemmi: Paura (1867.473),

Lasciare (1595.545), Perdere (1010.076), Sola (889.415), Cuore (749.273), Vivere (590.316), Odio (400.049), Ferire (399.573), Cadere (381.865), Nuovo (334.144), Stanca (207.14), Via (187.918), Dolore (169.994), Battere (104.529), Amico (103.261), Pezzo (98.596), Verità (91.376), Scappare (67.32), Colpa (44.339), Soffrire (43.797), Uccidere (40.069), Autodistruzione (35.046).

Il cluster accorpa una serie di emozioni dalle tonalità negative, si pensi ai lemmi *sola*, *odio*, *dolore*, *colpa*, *soffrire*, *autodistruzione*, che sembrano articolare un discorso depressivo (in alcuni stralci le autrici arrivano a rivolgersi numerose parolacce). Appare molto denso e polisemico il lemma *paura* che si declina tanto nella paura della solitudine quanto nel terrore di vivere, al punto tale che si legittima l'esistenza di un nemico che impedisce di vivere la propria adolescenza liberamente. Un nemico che non prende forma, che sembra essere talvolta un altro da sé, talvolta se stessi. Un movimento che presentifica anche tutta la vitalità, la voglia di essere felici, di una felicità idealizzata e irraggiungibile.

“Il terrore è umano! Nessuno è invulnerabile! Il problema è che io sono troppo debole! Ho paura della gente, del giudizio altrui, dell'amore, di rimanere sola, di non essere abbastanza, di essere un errore, di essere dimenticata da tutti, di perdere chi amo, del tradimento” (SCORE 300.159).

“Ti sei mai sentita sola in una stanza affollata? Odiavo me stessa perché sapevo di essere sola a tenere tutto questo dolore. Mi odiavo perché credevo di essere sola per colpa mia ... perché sapevo di rimanere sola. In mezzo alla gente mi sentivo sola. Mi sono sentita sola. Mi sento sola. Sono sola. Sola. Vi prego fermate le lacrime che rigano i volti” (SCORE 247.987).

“Siamo adolescenti Lasciateci sbagliare, amare follemente Lasciateci i cuori spezzati, le delusioni, le giornate con gli amici, le cazzate, le nostre prime volte Lasciateci urlare Lasciateci le nostre convinzioni Lasciateci sognare, le nostre notti insonni, le nostre lacrime soffocate Lasciateci crescere” (SCORE 882.066).

“Ti assicuro però, te lo prometto, che sarai felice. Di quella felicità che ti lascia a secco di parole, di quella felicità che ti fa sentire il cuore battere a mille, che ti lascia stupita...” (SCORE 167.639).

Nel quadrante in alto a sinistra si posiziona il cluster 4 denominato **“L’agito autolesivo tra l’urgenza e i legami di sangue”** (con 2888 e.c.u. su un totale di 20546, pari al 14.06%), composto dai lemmi: Lei (4038.074), Mangiare (1730.271), Sangue (810.617), Tagli 684.236), Polso (642.701), Dimagrire (590.373), Braccio (452.414), Iniziare (362.862), Anni (352.883), Lacrima (289.062), Acqua (270.999), Magra (255.483), Domanda (250.742), Coscia (243.049), Bagno (228.415), Vasca (152.435), Gamba (149.465), Grasso (100.925), Pancia (80.419), Corpo (71.555), Caloria (70.437), Kg (63.394), Cicatrice (51.478), Pelle (45.145), Graffi (41.177), Coltello (37.006). In questo cluster cade la variabile *Siti Blog* (100.951).

Il cluster presenta tutta l’urgenza dell’agito, nonché la fenomenologia dell’atto stesso. Un’urgenza che appiattisce ogni possibilità di pensare ad altro, a qualcosa al di fuori del taglio. Il legame non è pensato ma è presente solo in quanto indifferenziato con il sintomo: il legame di sangue con l’altro simile a me, autolesionista, che mi restituisce l’immagine, ma anche il legame con ciò che è diverso da me, l’altra ragazza o lui che mi rifiuta, con cui operare un *taglio*, una separazione.

Il cluster inoltre restituisce importanti riferimenti all’immagine corporea e all’insoddisfazione per un *corpo* percepito come *grasso*, per cui è necessario *dimagrire*, non *mangiare*, perdere *kg* e *calorie*. Una *lei* dunque che è sia se stessa e che al contempo è l’altra che non può diventare.

“Spero che un giorno capirai del perché delle mie scelte. Ti amo mamma ma mi dispiace per essere un danno. Lei prende il cellulare in mano e scrive un sms. 22: 30 Lei: Ciao. 22:35 Lui: Ciao come stai. 22:37 Lei: Sei con lei. 22:50 Lui: Sì. Lei fa un taglio sul braccio, ma non colpisce la vena...” (SCORE 348.230).

“... poi mi disse se smetti di tagliarti, smetterò anche io, intanto io stavo piangendo come una cretina dopo aver visto i suoi tagli... lei si era tagliata per me... e non potevo perdonarmi di averle fatto del male... Ogni giorno diventavamo più legate, io avevo bisogno di lei, e lei aveva bisogno di me... spesso mi abbracciava o rimanevamo sul mio letto abbracciate” (SCORE 200.366).

3.4.1.1 Interpretazione secondo gli Assi fattoriali.

Sul I fattore, orizzontale o delle ascisse, troviamo l'asse nominato *dalla dimensione intrapsichica a quella relazionale*. Tale fattore si organizza lungo un continuum che oppone, come si può osservare dalla figura, da un lato il cluster "L'agito autolesivo tra l'urgenza e i legami di sangue", il cluster "Percezione del Sé tra finzioni sociali e riconoscimenti individuali", con la variabile *Siti Blog*, che organizzano un'area grafica più individuale della sindrome autolesiva, e dall'altro il cluster "Relazioni Tormentate: desiderio d'amore e fantasmi di abbandono" e la variabile *Siti Facebook*, che rappresentano invece un versante aperto alla condivisione. Una differenza che si riflette nella stessa polarità delle variabili: i blog sono diari personali online mentre i profili facebook sono strutturalmente predisposti ad accogliere il commento dell'altro.

Sul II fattore, verticale, troviamo l'asse nominato *dal differenziato all'indifferenziato*. Esso polarizza il cluster "Percezione del Sé tra finzioni sociali e riconoscimenti individuali" e il cluster "Emozioni depressive: dalla paura della solitudine a quella di vivere", che configurano un'area di pluralità e ambivalenza di aspetti che l'adolescente stenta a tenere integrati ma che tuttavia mostrano una dialettica (l'identità privata vs l'identità pubblica; la pulsione di morte vs la pulsione di vita), che si oppone all'area dell'univocità del sintomo, rappresentata dalla presenza del cluster "L'agito autolesivo tra l'urgenza e i legami di sangue", dove l'altro è annullato nel sintomo.

Sul III fattore si trova l'asse tridimensionale, definito *dalla causa all'effetto*. Si dispiegano da una parte il cluster "Percezione del Sé tra finzioni sociali e riconoscimenti individuali" e cluster "Relazioni Tormentate: desiderio d'amore e fantasmi di abbandono", che rappresentano graficamente quelle condizioni di malessere che possono condurre al polo opposto, cioè quello degli effetti sintomatologici che si articolano nel passaggio all'atto autolesivo e nel sostare in emozioni di tipo depressivo, come mostra la presenza del cluster "Emozioni depressive: dalla paura della solitudine a quella di vivere" e del cluster "L'agito autolesivo tra l'urgenza e i legami di sangue".

3.4.2 Risultati analisi statistica della batteria di strumenti psicometrici.

Da un'analisi statistica descrittiva è emerso che su un totale di 589 studenti, 108 si sono dichiarati autolesionisti¹⁵ (il 18,3% del campione totale), con un'età media di 14,6 anni; nello specifico il 31,5% sono maschi e il 68,5% femmine. Questo sotto-campione di autolesionisti ha riferito inoltre di aver iniziato a mettere in atto condotte autolesive all'età di 12 anni circa (età media di insorgenza 12,5 anni; nello specifico 12 anni per i maschi e 13 anni per le femmine).

Rispetto alla frequenza delle condotte autolesive messe in atto nella vita il 38% ha dichiarato di averlo fatto da 2 a 5 volte (47,1% dei maschi e il 33,8% delle femmine), il 36,1% più di 20 volte, il 13% 1 volta o più di 5 volte. Rispetto alla frequenza nell'ultimo anno il 38% ha riferito di essersi autolesionato meno di 10 volte (32,5% dei maschi e il 40,5% delle femmine), il 28% più di 10 volte, il 18,5% mai e il 14,8% 1 volta.

Il 71,3% del campione ha riferito di incorrere in una condotta singola (82,4% del gruppo dei maschi e il 66,2% delle femmine), mentre il 28,7% in una multipla. Rispetto alle modalità di ferimento riporto le percentuali più significative: il 29,6% tagliarsi (23% dei maschi; 32% delle femmine), 12% graffiarsi (5,9% dei maschi; 14,9% delle femmine), 12% mordersi (14,7% dei maschi; 10,8% delle femmine), 10,2% altro (includendo pugni al muro, tentativi di suicidio, vomitare, spellarsi il pollice, punzecchiarsi con le unghie, strapparsi i capelli), il 6,5% colpirsi (17,6% dei maschi; 1,4% delle femmine), 0,9% bruciarsi (2,9% dei maschi); il restante 28,8% incorre in condotte multiple.

Per quanto concerne il dolore sperimentato durante l'atto, il 43% ha dichiarato di sentirlo "a volte" (di cui il 45,2% del campione maschile e il 41,9% di quello femminile), il 38% ha dichiarato di sentire dolore, mentre il 17% di non sentire dolore durante l'atto autolesivo. Il 67% dichiara di ferirsi in solitudine, di

15 D'ora in avanti parlerò di "autolesionisti" riferendomi al campione di adolescenti, maschi e femmine, che si sono dichiarati autolesionisti nella ricerca.

impiegare “meno di un’ora”, nel 60% dei casi, dal momento in cui si pensa all’attimo in cui ci si ferisce, infine di voler o aver voluto smettere nel 86% dei casi, con variabili di genere non significative.

È stata effettuata un’analisi comparata tra le medie dei campioni per ogni scala, con il T Test per campioni indipendenti, prima comparando il campione di autolesionisti con quello di non autolesionisti e poi, limitatamente al campione di autolesionisti sono stati comparati i maschi con le femmine. Per praticità esporrò i risultati per scala.

Per quanto riguarda la scala dell’investimento corporeo è emerso che gli autolesionisti investono poco il loro corpo, mostrando medie più basse nella scala e in tutte le sottoscale (Tabella I), specialmente in quelle Immagine Corporea ($p = .000$) e Protezione del Corpo ($p = .000$). Inoltre, l’analisi sul campione di autolesionisti ha evidenziato che le femmine riportano medie più basse nella scala globale (BIS TOT) e in tutte le sottoscale, specialmente nell’Immagine Corporea ($p = .000$) e nella Protezione del Corpo ($p = .002$).

Relativamente alla Regolazione affettiva gli autolesionisti hanno riportato punteggi più alti nella scala globale e in tutte le sottoscale ($p = .000$), mostrando una minore capacità di regolare le proprie emozioni (Tabella II). Nello specifico le femmine hanno riportato medie più alte in tutte le scale particolarmente significative quelle della difficoltà di distrazione ($p = .002$), mancanza di fiducia ($p = .001$), e difficoltà di riconoscimento dell’emozione ($p = .000$).

Tabella I. T Test per campioni indipendenti Scala Investimento Corporeo

	Immagine	Contatto	Cura	Protezione	BIS-Tot
NON AUTOLESIONISTI	22,47	20,81	21,95	23,57	88,80
AUTOLESIONISTI	15,83	19,55	20,19	19,49	75,06
M	20,47	19,97	21,32	21,38	83,15
F	13,70	19,35	19,66	18,62	71,34

Tabella II. T Test per campioni indipendenti Scala Regolazione Emotiva

	NON AUTOLESIONISTI	AUTOLESIONISTI	M	F
Mancanza Accettazione	11,09	15,64	14,09	16,35
Difficoltà Distrazione	13,64	16,32	14,09	17,35
Mancanza Fiducia	18,94	25,04	22,06	26,41
Mancanza Controllo	12,38	17,08	15,74	17,70
Difficoltà Riconoscimento	12,79	17,02	14,21	18,31
Ridotta Auto-consap.	7,04	8,80	8,38	8,99
DERS Tot	75,88	99,90	88,56	105,11

Gli autolesionisti hanno mostrato punteggi più alti nella scala che valuta l'intensità e la gravità dei comportamenti di danneggiamento del corpo ($p = .000$), mentre i punteggi relativi ai comportamenti a rischio restano bilanciati (Tabella III). Inoltre, un'analisi delle differenze di genere sul campione di autolesionisti ha permesso di evidenziare che le femmine riportano punteggi significativamente più alti rispetto ai maschi nella scala dell'autolesionismo ($p = .000$).

Tabella III. T Test per campioni indipendenti Scala Autolesionismo

	Condotta Rischio	Condotta Autolesiva
Non Autolesionisti	3,82	3,25
Autolesionisti	4,87	16,43
M	4,82	9,94
F	4,89	19,41

Per quanto concerne la scala che indagava le funzioni dell'autolesionismo, un'analisi delle medie (T Test per campioni indipendenti) ha comparato i maschi e le femmine del campione di autolesionisti. È emerso che entrambi i sessi ricorrono all'autolesionismo in maniera prevalente per come regolatore di emozioni, mentre la funzione punizione del Sé appare significativamente più alta nel campione femminile ($p = .004$); altre differenze di genere si vedono nelle funzioni di ricerca di sensazione, legame tra pari e vendetta in cui i maschi riportano medie più alte (Tabella IV).

Tabella IV. T Test per campioni indipendenti Funzioni

FUNZIONI	M	F
Regolazione affettiva	2,85	3,27
Confini Interpersonali	1,53	1,30
Punizione del Sé	1,82	3,00
Cura del Sé	1,65	1,55
Anti Dissociazione	1,29	1,58
Anti Suicidio	1,74	1,45
Ricerca Sensazioni	1,24	,35
Legame tra pari	1,56	,65
Influenza Interpersonale	1,62	1,14
Resistenza fisica	1,88	1,62
Marcare l'angoscia	1,53	1,93
Vendetta	1,03	,62
Autonomia	1,82	1,20

Sono emerse significative correlazioni bivariate positive (r di Pearson) tra l'autolesionismo e la scala della regolazione affettiva, indicando una relazione direttamente proporzionale tra l'incapacità di regolare le proprie emozioni e la messa in atto di condotte autolesioniste (Tabella V). Nel dettaglio il fattore

autolesionismo correla con tutte le sotto-scale. Indici significativi di correlazione negativa, invece, sono emersi tra l'autolesionismo e la scala dell'investimento corporeo ad indicare una relazione indirettamente proporzionale tra le due. Nel dettaglio il fattore autolesionismo correla maggiormente con le sotto-scale Immagine corporea (r -,419**), Cura del corpo (r -,399**) e Protezione del corpo (r -,575**).

Il fattore Self-Harm correla inoltre positivamente con alcune funzioni specifiche per l'autolesionismo, come la Punizione del Sé (r ,580**), l'anti Dissociazione (r ,422**), marcare l'angoscia (r ,377**), la Regolazione affettiva (r ,291**).

Tabella V. Indici di correlazione

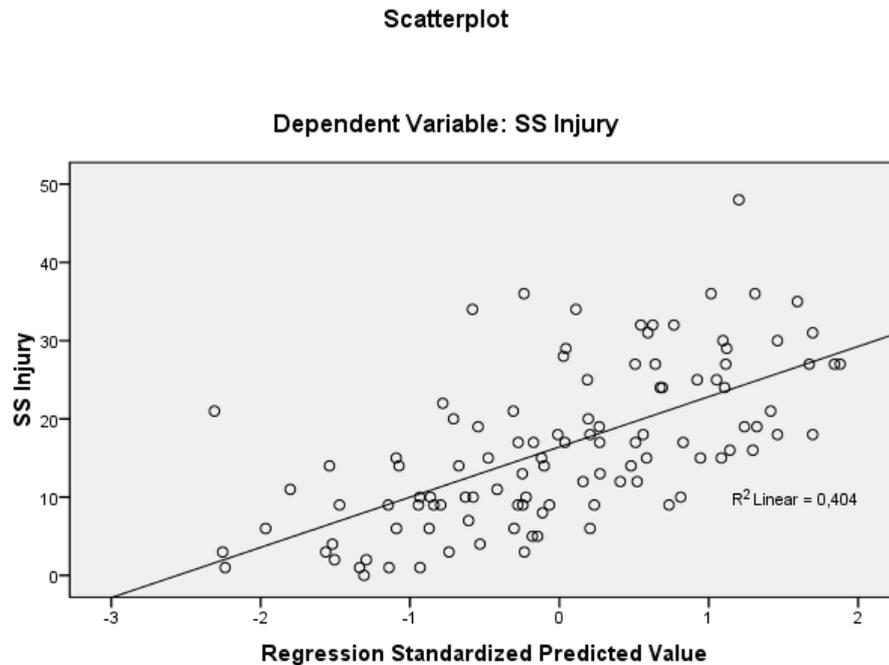
	AUTOLESIONISMO	
	r Pearson	p value
DERS –Tot	,543**	,000
Mancanza Accettazione	,415**	,000
Difficoltà Distrazione	,354**	,000
Mancanza Fiducia	,416**	,000
Mancanza Controllo	,305**	,001
Difficoltà Riconoscimento	,465**	,000
Ridotta Autoconsapevolezza	,300**	,002
BIS –Tot	-,545**	,000
BIS –F	-,419**	,000
BIS –T	-,060	,535
BIS –C	-,399**	,000
BIS –P	-,575**	,000

È stata infine condotta una regressione lineare per indagare un modello ipotetico esplicativo dei comportamenti autolesionisti in funzione delle difficoltà connesse alla regolazione affettiva e all'incapacità di investire positivamente il proprio corpo. Nello specifico la regressione ha analizzato la relazione causale della combinazione della presenza di una disregolazione emotiva (DERS), nelle dimensioni dell'assenza di accettazione, riconoscimento, controllo, autoconsapevolezza, fiducia e distrazione delle proprie emozioni, e di un'incapacità a investire il proprio corpo (BIS), nelle dimensioni della cura, della protezione, del confort nel contatto con gli altri e dei sentimenti positivi verso la propria immagine corporea. La regressione ha evidenziato un modello significativo, spiegando il 40% della varianza ($R_{adj}^2 = 0,403$), ($p = .000$), mostrando che la disregolazione emotiva e il disinvestimento del corpo possono predire significativamente l'autolesionismo (Tabella VI).

Tabella VI. Indici di Regressione

	AUTOLESIONISMO				
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	p value
(Constant)	20,649	7,055		2,927	,004
BIS-Tot	-,266	,061	-,373	-4,384	,000
DERS-Tot	,157	,036	,369	4,331	,000

Figura II. Grafico di regressione



3.4.4 Risultati analisi dei cluster delle Narrazioni.

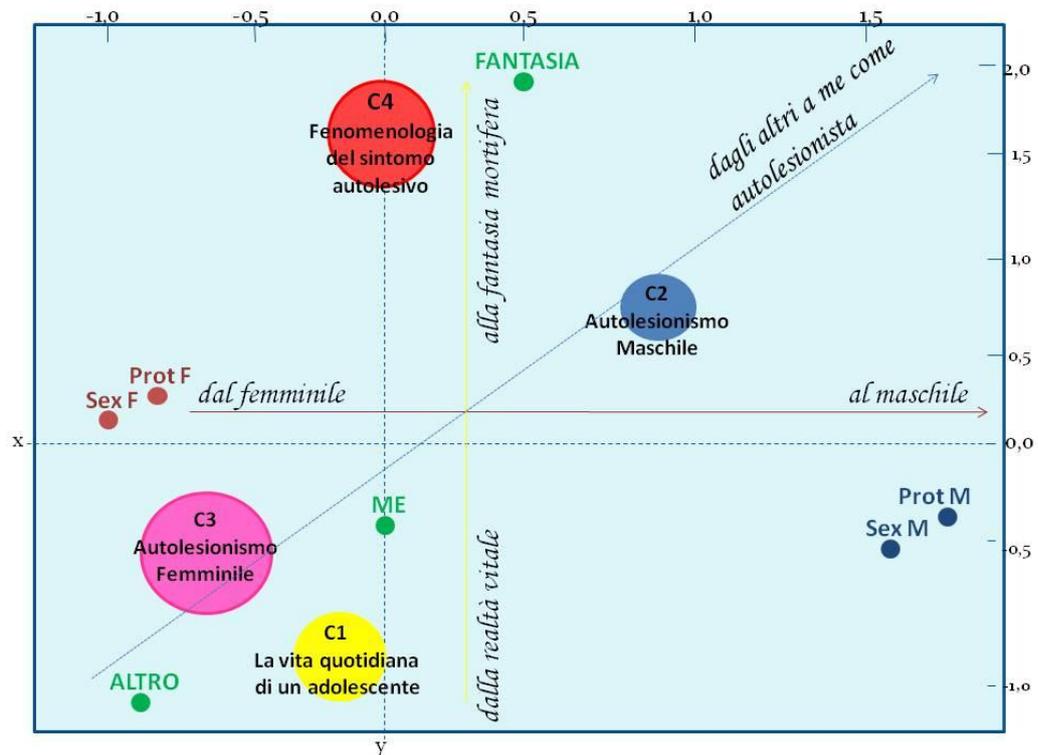
Una volta importato nel software T-LAB il corpus, composto da 97 testi, è stato sottoposto ad un'analisi lessicale ed è risultato composto da 281 contesti elementari, 13858 occorrenze (token), 2832 forme (type), 1894 lemmi, 1701 hapax (occ=1), 4 è la soglia di frequenza, 308 le parole chiave. La parola più frequente è risultata *Ragazza* (237 occorrenze), seguita da *Lei* (139 occ).

Le variabili attive proiettate sul piano fattoriale sono tre; nello specifico, sesso del narratore (SES_MAS per maschio e SES_FEM per femmina), sesso del protagonista della storia (PROT_MAS per il protagonista maschio e PROT_FEM per la protagonista femmina), tipologia del personaggio (ME quando la storia narra di Sè, ALTRO quando narra di una persona reale conosciuta o meno, FANTA quando narra di personaggi di fantasia).

Dalla cluster analysis (Figura III) sono emersi 4 cluster tematici ed è stata

attribuita ad ognuno un'etichetta interpretativa in base ai lemmi raccolti e secondo la collocazione sul piano fattoriale, a partire dal cluster che risulta statisticamente più significativo (valore soglia $p = .05$). Presenterò ogni cluster con i lemmi caratteristici, ordinati in base al valore decrescente di χ^2 .

Figura III. Cluster Analysis delle Narrazioni.



Nel quadrante in basso a sinistra del piano fattoriale si posiziona il cluster 3 chiamato “**Autolesionismo Femminile**” (composto da 97 e.c.u. su un totale di 280 pari al 34.64%), con lemmi quali: Lei (27.377), Amiche (22.302), Capire (16.576), Persone (10.082), Odiare (9.237), Diventare (8.793), Fabiana (8.667), Marta (8.439), Rispondere (8.439), Conoscere (7.948), Ferire (7.347), Sola (6.771), Suicidare (6.75), Sbagliare (6.75), Corpo (6.663), Avvicinare (6.345), Mondo (5.947), Continuare (5.582), Provare (5.582), Sopportare (5.464), Mostrare (4.892), Dolore (4.785).

Il cluster sembra aggregare una rappresentazione dell'autolesionismo femminile connotata da elementi di solitudine, idee suicide, coazione a ripetere,

sentimenti di inferiorità e vissuti di svalutazione che passano in prima istanza attraverso il proprio corpo e si organizzano in un'insoddisfazione profonda verso l'immagine corporea. La presenza di nomi femminili comuni di persona riporta al piano del reale, alla vita di tutti i giorni, e restituisce l'idea di familiarità e di vicinanza “*Conoscevo anche un'altra ragazza di nome Sara, lei andò anche all'ospedale perché tentò di suicidarsi, la storia è quasi uguale, solo che Sara continuò e alla_fine andò di nuovo all'ospedale, alla_fine lei continuava sempre, nonostante tutti l'aiutavano. Lei oggi si taglia ancora*” (SCORE 26.870).

“*Una bambina sola e frustrata derisa da tutti per il solo motivo che non era bella come le altre, si sentiva inferiore. Ogni ragazzo che passava guardava solamente le amiche e mai lei. Nessuno era interessato a conoscerla e lei si sentiva così sola e sbagliata da arrivare a farsi del male fisicamente*” (SCORE 25.895).

Al limite tra i quadranti sinistro e destro della parte superiore del piano fattoriale c'è il cluster 4 nominato “**La fenomenologia del sintomo autolesivo**” (composto da 83 e.c.u. su un totale di 280, pari al 29.64%), con i lemmi: Piangere (23.771), Tornare (21.652), Entrare (18.84), Chiara (17.792), Professore (17.792), Camera (12.702), Rosso (12.702), Casa (12.177), Finito (10.158), Tranquillo (10.158), Bianco (10.158), Sguardo (8.984), Felice (8.751), Arrivare (8.681), Cicatrice (8.632), Porta (8.609), Chiamare (8.609), Madre (7.533), Sangue (7.476), Punire (6.606), Voglia (6.606), Polso (5.776), Gamba (4.368). In questo cluster cade la variabile *Personaggio di Fantasia* (5.292).

Il cluster aggrega gli elementi che richiamano l'atto autolesivo in senso stretto, rappresentano l'urgenza, le modalità e le parti ferite come il *polso* o la *gamba*, i colori che vanno dal *bianco* del pulito al *rosso* del *sangue*, nonché i luoghi protetti (*porta*) in cui ferirsi come la *camera* o la *casa*. Ritorna spesso anche il bagno della scuola come posto in cui ferirsi, dicendo molto sulla necessità inconscia di farsi scoprire, dunque vedere. La posizione al limite tra i quadranti, dunque tra le variabili di genere, nonché la vicinanza con la variabile *Personaggio di Fantasia* sembra riferire di una difficoltà a raccontare se stessi come autolesionisti, soprattutto per i maschi, come vedremo meglio dopo, preferendo il

ricorso ad un protagonista di fantasia che, concretamente, agisce in maniera autolesiva.

“Una volta entrato cacciò dalla tasca un taglierino e si fece dei tagli sul polso. Iniziava a perdere molto sangue a tal punto che svenne ... un ragazzino entrò nel bagno e casualmente vide del sangue che scorreva fuori dalla porta. Chiamò subito i bidelli che fecero arrivare l’autoambulanza. Il ragazzo che si era tagliato non ce la fece” (SCORE 18.642).

“... madre dove teneva le lamette, il ragazzo la prese alzò le maniche e 1 2 3 4 5 tagli che fecero uscire tanto sangue che il lavandino divenne da bianco a tutto rosso il ragazzo si sentiva male stette lì a piangere per un’ora pensando a quella ragazza che un giorno prima di andarsene lo chiamava migliore amico” (SCORE 13.918).

“Una ragazza di poca importanza per gli altri e piena di complessi, che di mattina era una ragazza felice di sorridente e quando tornava a casa e si chiudeva in camera e liberava i mostri che aveva dentro. Una ragazza che usa una copertura, che prima della morte di sua nonna ha cominciato a tagliarsi e a uccidere il suo corpo ornandolo con molto sangue...” (SCORE 12.683).

In basso a sinistra si trova il cluster 1 definito **“La giornata tipo di un adolescente”** (composto da 51 e.c.u. su un totale di 280, pari al 18.21%), con i lemmi: Insieme (43.307), Alfredo (35.7649), Mese (34.026), Stanca (22.334), Amicizia (21.299), Vita (20.315), Cugino (18.818), Raccontare (16.985), Prendere (16.258), Classe (14.831), Famiglia (14.166), Forte (12.891), Scuola (12.299), Cambiare (11.649), Paura (11.649), Giro (10.779), Inutile (8.602), Media (8.602), Perfetto (8.602), Divertire (8.602), Taglia (8.602), Giorni (7.069), Fidanzare (5.817).

Il cluster accorpa gli elementi tipici della quotidianità di un adolescente, a partire dai contesti usuali come la *scuola*, la *classe*, ma anche i rapporti che si coltivano ogni giorno, in riferimento ad esempio alla parola *insieme*, ai rapporti familiari (*famiglia*, *cugino*), ma anche alle relazioni di *amicizia* o di amore (*fidanzare*). Si nominano le emozioni, comuni e differenti, come la *paura* ma anche il *divertimento*. È un cluster “sereno”, dove si accede alla possibilità di

narrare (*raccontare*) attraverso l'elemento temporale (*mese, giorni*).

“*Una volta non c'era niente. C'è tutto adesso, adesso c'è Alfredo, non è un principe, è tutto, è amico, un corpo, è mio, è quella persona che anche_se gli dai delle pugnalate lui non se ne va, è cuore, è corpo, vita*” (SCORE 64.213).

“*Una ragazza che aveva una vita che lei stessa riteneva perfetta... Ma poi sua cugina si ammalò... La ragazza con sua cugina faceva di tutto, andavano nella stessa scuola e addirittura nella stessa classe, dormivano insieme e avevano una famiglia affettuosa molto legata. Insomma era tutto perfetto..*” (SCORE 47.927).

Infine, nel quadrante destro superiore il cluster 2, chiamato “**Autolesionismo Maschile**” (con 49 e.c.u. su un totale di 280, pari al 17.5%) e composto dai lemmi: Drake (36.343), Michael (25.945), John (20.75), Fuoco (19.99), Grande (18.328), Alto (15.79), Fisico (15.337), Musica (15.041), Piacere (12.322), Unico (12.014), Finestra (10.219), Immense (10.219), Protagonista (10.219), Scegliere (10.219), Stanza (8.681), Propria (7.091), Ultima (7.091), Ascoltare (7.091), Giocare (5.317). In questo cluster cadono esclusivamente le variabili *Sesso Maschio* (10.257) e *Protagonista Maschile* (9.74), mentre ritorna la variabile *Personaggio di Fantasia* (4.551), anche se in parte minore confrontando i punteggi ottenuti per la stessa nel cluster 4.

Il cluster rappresenta graficamente l'immaginario adolescenziale maschile in merito all'autolesionismo agito dal maschile. Potremmo azzardare che si tratti di un cluster di fantasia, denso di riferimenti a personaggi lontani dalla realtà italiana, napoletana, come i nomi propri ci lasciano intendere (*Drake, Michael, John*), i quali sembrano invece riferirsi ad eroi di romanzi o meglio ancora a protagonisti cinematografici; interessante notare che in questo cluster cade nuovamente la variabile *Personaggio di Fantasia*. Appare dunque farsi strada un movimento di evitamento, una sorta di fuga nella fantasia, celando una profonda difficoltà a rappresentare se stesso come autolesionista, magari isolato e dai toni depressi, preferendo raccontare le avventure di un eroe che si ferisce in guerra o in un duello, in una dinamica polarizzata sul versante maniacale narcisistica che nega una parte del Sè. Questo è tanto più vero se si pensa che il quadrante in basso

a destra, dove cadono le variabili *Sesso Maschio* e *Protagonista Maschile* resta senza cluster, dunque la possibilità di condensare contenuti narrativi.

“Drake alzò la sua spada al cielo, mentre il fuoco deteriorava quel poco di corpo che gli restava attaccato. Puntò la lama verso se_stesso e trafisse improvvisamente il costato di Drake” (SCORE 34.491).

“Durante questa sparatoria i dodici soldati che erano con lui morirono tutti, tranne il caporale John suo vecchio amico ...Michael fu ferito ad un braccio da un proiettile vagante. John volle provvedere a rimuoverglielo dal braccio con un coltellino...” (SCORE 16.361).

3.4.3.1 Interpretazione secondo gli Assi fattoriali.

Sul I fattore, orizzontale, troviamo l'asse delle differenze di genere, nominato *dal femminile al maschile*, che racconta dell'opposizione tra il cluster “Autolesionismo Femminile” con le variabili *Sesso Femmina* e *Protagonista Femminile*, e dall'altro lato il cluster “Autolesionismo Maschile” con le variabili *Sesso Maschio* e *Protagonista Maschile*. Il genere si polarizza e si ripropongono graficamente tutte le differenze dei cluster precedentemente discusse.

Sul II fattore, verticale, troviamo l'asse definito *dalla realtà vitale alla fantasia mortifera*, in cui si polarizzano il cluster “La giornata tipo di un adolescente” con la variabile *Personaggio Altro*, e il cluster “La fenomenologia del sintomo autolesivo” con la variabile *Personaggio di Fantasia*. Seguendo un doppio vertice interpretativo possiamo dire che gli elementi del piano della realtà si oppongono a quelli del piano dell'immaginazione, ma anche che gli aspetti di vitalità, la pulsione di vita, si oppongono a quelli di autodistruzione, dunque alla pulsione di morte.

Sul III fattore si posiziona l'asse tridimensionale chiamato *dalle rappresentazioni degli altri autolesionisti a me come autolesionista*, in cui i cluster “Autolesionismo Maschile” e “Autolesionismo Femminile” con le variabili *Altro* e *Fantasia*, che aggregano semanticamente un'area legata all'immaginario comune sugli autolesionisti, si oppongono ai cluster “La fenomenologia del sintomo autolesivo” e “La giornata tipo di un adolescente” con la variabile *Me*

come personaggio, che rinviano ad un'area più personale che attiene alla propria identità di autolesionista. Cercando di essere più chiara, ho ipotizzato la presenza preconsua di un meccanismo difensivo in cui si separano le rappresentazioni comuni delle identità autolesioniste così come possono apparire, maschili o femminili che siano, inevitabilmente appartenenti all'altro, reale o fantastico, dalla propria condizione di autolesionista, rivendicando la propria identità; dunque l'importanza della variabile *Me* collocata graficamente al centro tra la vita di tutti i giorni e la risposta psicopatologica autolesiva.

3.5 Discussione dei Risultati.

L'analisi dei cluster dei siti pro-autolesionismo ha fatto emergere quattro temi significativi che aggregano semanticamente i lemmi: le relazioni difficili (d'amore, di amicizia e familiari) che sembrano presagire scenari di auto-danneggiamento; il Sé autolesionista in costante oscillazione tra un *Sé Pubblico* e un *Sé Privato*, rappresentando la scissione tra due identità, quella sociale, finta e sorridente, e quella individuale depressa e sola; le emozioni depressive come i vissuti di solitudine, odio, dolore, colpa e autodistruzione; infine l'agito autolesionista nelle sue dinamiche, raccontando il rispecchiamento con le altre giovani simili autolesioniste e la profonda insoddisfazione per la propria immagine corporea. Si è articolato il movimento di apertura verso la condivisione virtuale e si sono palesate le possibili condizioni di malessere che possono condurre ad agiti autolesionistici.

Dalle analisi statistiche dei dati raccolti attraverso la somministrazione delle scale sull'autolesionismo, sul Sé corporeo e sulle emozioni è emerso che su un campione di 589 studenti, di età media 14 anni, 108 si sono dichiarati autolesionisti, di cui il 68,5% femmine, ribaltando completamente le percentuali di genere. Le ragazze hanno riportato punteggi più alti nella scala che valuta l'intensità e la gravità dei comportamenti di danneggiamento del corpo. Il disinvestimento emotivo del proprio corpo appare dunque come un fattore di rischio per l'autolesionismo. Nello specifico, atteggiamenti e comportamenti di cura e protezione verso il proprio corpo, nonché la presenza di una soddisfacente

immagine corporea sono risultati essere fattori di protezione contro il rischio di incorrere in condotte autolesioniste in adolescenza, in special modo per le ragazze.

Tutti coloro che si sono dichiarati “autolesionisti” hanno riferito di incorrere in condotte autolesive per regolare le emozioni, nello specifico le ragazze hanno dichiarato di farlo anche per punire il Sé mentre i ragazzi per una ricerca di sensazioni intense e per la necessità di legare con il gruppo dei pari. È emerso che gli “autolesionisti” investono poco il loro corpo e hanno maggiori difficoltà a regolare le loro emozioni, in special modo le ragazze che riferiscono immagini corporee negative, difficoltà a proteggere e curare il proprio corpo, incapacità di regolare le emozioni (nello specifico a distrarsi dagli affetti soverchianti, a riconoscerli e a pensare di saperli gestire). La dis-regolazione emotiva infatti può essere considerata un fattore di rischio per l’autolesionismo.

Sono emerse relazioni direttamente proporzionali tra l’incapacità di regolare le proprie emozioni e la messa in atto di condotte autolesioniste indirettamente proporzionali tra l’investimento corporeo e l’autolesionismo. Analisi di regressione hanno messo in luce che la disregolazione emotiva e il disinvestimento del corpo possono predire significativamente l’autolesionismo.

La cluster analisi delle narrazioni ha accorpato quattro temi prevalenti: la rappresentazione dell’autolesionismo femminile, connotata da solitudine, idee suicide, coazione a ripetere, sentimenti di inferiorità e vissuti di svalutazione per il proprio corpo; la fenomenologia del sintomo autolesivo con riferimento all’urgenza, alle modalità e alle parti ferite; gli elementi tipici della quotidianità di un adolescente (come la scuola, la casa o le relazioni amicali e familiari); ed infine la rappresentazione dell’autolesionismo maschile e la difficoltà a raccontare se stessi come maschi autolesionisti preferendo il ricorso a protagonisti di fantasia. Sono stati osservati movimenti interessanti tra livelli di realtà e livelli di fantasia, tra pulsioni di vita e pulsioni di morte, i quali hanno messo in luce le differenze di genere e la necessità di rivendicare la propria identità.

CONCLUSIONI

Sono partita dal corpo e dalle sue cicatrici, le quali separano e collegano emozioni, pensieri e relazioni, interrogandomi sui significati che esse possono evocare nelle sfide al limite, nei tentativi di definire i confini e negli spazi del margine. Ho prestando attenzione ai contenuti di passaggio e ai movimenti di scissione che hanno distinto nuove polarità. Ho riflettuto sugli attacchi alla pelle psichica e sul trasferimento delle sue funzioni altrove, nella *pelle virtuale*.

Il *corpo* sotto assedio, descritto attraverso il lessico della superficie, è offerto a devastanti iscrizioni, significazioni di genere, di identità, di relazioni. Le condotte autolesive in adolescenza presentano il corpo come prodotto di una scissione tra il Sè e la propria immagine corporea: da un lato il corpo perfetto, magro e desiderabile, in altre parole idealizzato, e dall'altro il corpo reale, disprezzato e danneggiato, reso oggetto esterno, bersaglio di proiezioni ostili. Nell'autolesionismo l'esperienza di profonda insoddisfazione per la propria immagine corporea continua ad appartenere al femminile, accanto all'impossibilità di accedere a pratiche di cura e di protezione. L'incontro della corporeità femminile con le pratiche di lacerazione e i tentativi di punizione racconta di un profondo rapporto con il dolore e con le tendenze masochistiche, inscritte inconsciamente nel corpo femminile (Nunziante Cesàro e Stanziano, 2012).

Il virtuale, nelle infinite potenzialità di espansione dei confini corporei, rischia di contribuire ad alimentare tale scissione, a disincarnare le identità (Margherita, 2013), a farsi rifugio psichico dalla sfida di integrare il significato

del corpo sessuale nell'immagine del Sé (Lemma, 2010). Nei siti di autolesionismo il corpo è visto ma non è sentito: si alternano immagini di corpi femminili tagliati e sanguinanti, tuttavia solo *a volte* si può provare dolore (come raccontano anche gli adolescenti raggiunti dai questionari). Pezzi di Sè lacerati, incorniciati e condivisi; *ritagli* fotografici in rete che in future ricerche mi piacerebbe analizzare con maggiore attenzione.

Emozioni allontanate dai corpi, ma soprattutto dal pensiero, come testimonia l'inclinazione degli adolescenti ad “autodiagnosi” di dis-regolazione emotiva quale prima motivazione psichica per spiegarsi il ricorso alle condotte autolesive. Il costrutto teorico della regolazione affettiva, che articola una complessità di aspetti (ad esempio il riconoscimento, l'accettazione o la modulazione delle emozioni), viene invocato continuamente dai ragazzi, forse, tanto riconoscendo l'incapacità di gestire emozioni intense e pervasive come la rabbia, quanto accettando quella che può apparire come la funzione più superficiale e quindi facilmente pensabile.

L'identità, soprattutto quella femminile, appare scissa tra un Sè privato e un Sè pubblico: il primo, depresso e arrabbiato, è fatto di sguardi spenti e pensieri suicidi, mentre il secondo, che chiamerei *Sè maschera*, è connotato da sorrisi finti e tentativi di mascheramento della sofferenza. Questo slittamento continuo tra le due rappresentazioni del Sè, che trova radicamento nella condizione stessa dell'adolescenza come fase di transizione e di costruzione dell'identità, sembra rinforzarsi nella psicopatologia e amplificarsi nel web. I contesti virtuali, infatti, possono consentire per loro natura lo sviluppo di identità mascherate.

Ritornano in mente le teorie di Maggie Turp (2003) sull'autolesionismo *hidden*, ovvero nascosto, celato, invisibile; non a caso forse in inglese pelle si dice anche *hide*. L'oscillazione visibile/non visibile che appartiene all'autolesionismo, ha caratterizzato anche la mia esperienza di tesi, raccontandomi un aspetto specifico delle condotte autolesive. Il lavoro di ricerca era infatti partito con la volontà di indagare il fenomeno anche in un campione clinico. Nonostante l'impegno profuso a fare rete e la disponibilità mostrata da alcuni contesti sanitari, ho dovuto escludere la clinica dallo studio a causa di numerose resistenze,

presentate in forma di assenze o di interruzioni delle pazienti. Al tempo stesso, su diverse scuole contattate solo due hanno scelto di partecipare alla ricerca, mostrando anche il timore di “scoperchiare” (uso il termine riferitomi da un'insegnante) e di gestire eventuali condotte patologiche. Non sembra un caso quindi che ci sia un'esplosione del fenomeno nel web, dove le identità possono essere anche celate, e nemmeno che grazie all'anonimato dei questionari gli adolescenti potessero raccontarsi. Le resistenze al visibile possono essere interpretate come manifestazione di uno psichico che esiste, appiattito e celato dal piano concreto dell'agito. Resistenze allo svelamento e al contatto emotivo sia con il proprio nucleo psichico che con l'altro.

Questi aspetti, connessi alle derive nel contesto digitale, come area di transizione tra il visibile e l'invisibile, e alle difficoltà di inquadramento diagnostico potrebbero dire di una cifra dell'autolesionismo come patologia del limite, in costante movimento, che sfugge ad una completa definizione. Di qui la necessità di ricorrere ad una metodologia di ricerca quali-quantitativa che mi ha permesso di contattare diverse sfumature di un fenomeno complesso.

Si assiste dunque ad un movimento di rivendicazione della propria identità, di separazione dall'indifferenziato del genere o dell'immaginario comune, facendo leva su un'identità autolesionista, la quale si struttura anche mediante l'oscillazione tra la garanzia dell'invisibilità e il desiderio di rendersi visibile.

All'opposto si configura un maschile autolesionista polarizzato difensivamente su un piano maniacale-narcisistico, fatto di sfide al limite e di ricerca di sensazioni intense, in cui si negano gli aspetti più tristi, depressi e solitari del Sè. In questi casi è soprattutto la dimensione magica fantastica che permette di rappresentarsi.

Probabilmente anche grazie all'immaginario comune (media, internet) che promuove un'identità autolesionista femminile, le ragazze possono sentirsi libere di articolare e narrare il sintomo nella sua complessità, nel tentativo di ricerca di senso e di supporto emotivo. Questo movimento è stato osservato tanto nelle pagine online, che legittimano questo tipo di condivisione, quanto nelle narrazioni, dicendo del volersi raccontare come aspetto a cui è storicamente più

incline il femminile.

Le *relazioni* allora si articolano nei contesti: l'altro reale, presentato come il fidanzato che abbandona o la madre che non comprende, nel virtuale si trasforma nell'altro simile che supporta e contiene. Le *lei* tanto narrate sono personificate nelle altre lontane e idealizzate, ma anche in quelle vicine dei legami di sangue con cui si aprono dinamiche di condivisione e rispecchiamento. Infine possiamo ipotizzare la presenza di un terzo altro, quello non ben identificato, a cui poter presentare inconsciamente la domanda di aiuto psicologico. Le relazioni sono intrise di ambivalenza, per cui l'altro è invocato e temuto al tempo stesso. D'altronde l'osservazione clinica dei pazienti con organizzazione di personalità borderline ricorda come essi siano in costante oscillazione tra sentimenti di abbandono o solitudine e sensazioni di soffocanti intrusioni oggettuali (Lingiardi, 2004).

L'aspetto della domanda di aiuto psicologico riaccende la questione della censura dei blog autolesionistici e il dibattito sulla funzionalità di una cultura punitiva e censoria dei profili virtuali pro-patologie, i quali raccolgono il malessere delle adolescenti che potrebbero usare l'anonimato di tali siti per articolare nuove richieste di aiuto. La proliferazione delle gruppalità virtuali organizzate intorno al fenomeno dell'autolesionismo potrebbe allora incarnare un desiderio di visibilità in forma mistificata, dunque una domanda di supporto ancora non ben articolata.

Una dinamica simile si è riproposta anche attraverso l'intervento nelle scuole, dove, in seguito alla somministrazione dei questionari, nasceva la necessità di approfondire l'argomento al punto che si è pensato di offrire uno spazio di discussione nelle classi, al termine di ogni somministrazione. In altre occasioni quegli spazi non sono bastati e gli studenti, autonomamente, tramite i professori referenti, mi hanno chiesto di ritornare nelle classi durante le settimane di autogestione per approfondire il tema in gruppo. Il *test* allora è divenuto un *pretesto* per accogliere una domanda di supporto e aprire spazi di riflessione, a partire dagli interrogativi che portavano gli stessi ragazzi e che riguardavano le difficoltà adolescenziali di costruirsi l'identità, di sentirsi nel proprio corpo, le

paure di essere esclusi dal gruppo, i sentimenti di incomprendimento vissuti nelle relazioni con genitori e professori, nonché gli episodi di violenza nel quartiere, di bullismo a scuola e, ovviamente, di autolesionismo.

Una fase della ricerca, allora, si è articolata anche nei termini di un intervento negli istituti scolastici, da sempre considerati luoghi elettivi di prevenzione primaria. Tale intervento mi ha consentito di portare in figura un pensiero clinico, riflettendo sulle possibili ricadute di un lavoro, paradossalmente, strutturato in assenza del contesto clinico in senso stretto. Tuttavia pur sempre un interesse nato proprio dalla clinica, da un tirocinio formativo in psicologia, in cui ho incontrato la prima paziente autolesionista. Come ho scritto, questo lavoro lo dedico anche a lei, quasi a restituirle simbolicamente qualcosa che all'epoca, spiazzata e poco consapevole, non avevo ancora ben compreso.

In fondo, sono partita da me, dalla mia confusione e dal desiderio di interrogare le frontiere del dolore femminile. Un dolore in lenta trasformazione: se si osserva il movimento storico di transizione dalle isteriche di Freud alle anoressiche di fine '900, per giungere alle autolesioniste dell'epoca contemporanea, si può notare come l'articolazione del legame tra sofferenza e genere resti ancorata al corpo. In una prospettiva di studi di genere, gli atti e le iscrizioni di superficie, come area di tabù e trasgressioni culturali (Douglas, 1966), possono assumere connotati sovversivi e *performativi* (Butler, 1999).

I vertici interpretativi del corpo, dell'identità, delle emozioni e delle relazioni mi hanno consentito di riflettere sugli aspetti salienti, di orientarmi nei sentimenti travolgenti che la sintomatologia autolesionista induce, permettendomi di riconoscere un profondo attacco al piano del simbolico che alimenta tali dinamiche. Il corpo diventa il teatro del malessere, memoria viva (Resnik, 2005) di ciò che è stato rimosso, luogo del non detto e di ciò che non può essere pensato. La scissione psiche-soma attraversa latente tutti gli aspetti della sintomatologia. Seguendo Spinoza, la mente è l'idea del corpo, per cui ogni cosa è sempre mente e corpo insieme. L'autolesionismo, come tutte le pratiche di modificazione corporea, assecondano difensivamente la scissione mente-corpo "precludendo la simbolizzazione del dolore psichico" (Lemma, 2005; p.206). Un dolore

trasformato, negato, proiettato, che in qualche maniera ingaggia l'altro. Qualcosa di invisibile, non ancora rappresentabile, può spiazzare, inducendo controtransfert di impotenza e confusione; il senso del tutto diviene vuoto di senso. Allora, ci si può aggrappare al già noto oppure scegliere di lasciarsi attraversare dall'ignoto, permettendo all'emozione, al pensiero, alla parola di prendere corpo.

BIBLIOGRAFIA

Abramb, L., Gordon, A. (2003). Self harm narrative of urban and suburban young women. *Affilia*.18, 4, 429-444.

Adler, A., Adler, P. (2013). Self-Injury and the Internet: Reconfiguring the Therapeutic Community. *Reset Journal*, 1(2), 1-32.

Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 389–400.

Adshead, G. (2010). Written on the body: Deliberate self-harm as communication. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 24, 2, 69–80.

Akhtar, (2000). Mental pain and the cultural ointment of poetry. *Int J. Psycho-anal*, 81, 229-243.

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta Edizione. Raffaello Carocci Editore.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Text revision (DSM 4 TR). Washington DC, American Psychiatric Association.

Andover, M.S., Primack, J.M., Gibb, B.E., Pepper, C.M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch Suicide Res*;14:79-88.

Anzieu, D. (1997). Gli involucri psichici, Milano: Masson.

Anzieu, D. (1992). L'epidermide nomade e la pelle psichica, Cortina Raffaello.

Anzieu, D. (1985). L'io pelle, Roma: Borla, 2005.

Anzieu, D. (1976). Il gruppo e l'inconscio. Roma: Borla, 1979.

Asarnow, J.R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K.D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in

Adolescents: Findings from the TORDIA Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50:772-81.

Babiker, G., Arnold, L. (1997). *The language of injury: Comprehending self-mutilation*. Leicester, UK, British Psychological Society.

Bacchini, D., Valerio, P. (2001). (a cura di). *Giovani a rischio. Interventi possibili in realtà impossibili*. Milano: Franco Angeli.

Baker, T.G., Lewis, S.P. (2013). Responses to online photographs of non-suicidal self-injury: A Thematic Analysis. *Archives of Suicide Research*, 17, 3, 223-235.

Baldassarro, A. (2007). Corpi protesici, menti autogeneranti. *Psiche*, 15, 2: 83-96.

Battistutta, S., Zanus, C., Aliverti, R., Cremaschi, S., Carozzi, M. (2006). Autolesionismo e tentato suicidio in Friuli Venezia Giulia: studio dei casi afferiti al Pronto Soccorso della Regione, Medico e Bambino.

Beautrais, A.L. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med (Fremantle)*;14:35-42.

Bell, D. (2001). Who is killing what or whom. *Psychoanal. Psychoter*, 15, 21-37.

Bentley, K.H., Nock, M.K., & Barlow, D.H. (2014). The four-function model of non-suicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 20, 1-19.

Bergmann, G.H. (1846). Ein Fall von religiöser monomanie. *Allgemeine Z fur Psychiatrie*. 3, 365-380.

Bernabei, M. (2009). Corpo tatuato e corpo infortunato: vicissitudini del controllo onnipotente sul corpo in adolescenza. *Funzione Gamma*. 23.

Bernstein, D. (1983). The female Superego: a different perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 187.

Bick, E. (1968). L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali, In *L'osservazione diretta del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.

Bioclati, R. (2010). La vita online degli adolescenti tra sperimentazione e rischio. *Psicologia clinica dello sviluppo*. XIV, 2, 267- 297.

- Bion, W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972.
- Bion, W.R. (1974). *Caesura*. In *Il cambiamento catastrofico*. Loescher Editore, 1981.
- Biven, B.M. (1982). The role of skin in normal and abnormal development with a note on the poet Sylvia Plath. *Int. Rev. Psychoanal*, 9, 205-229.
- Blos, P. (1962). *L'adolescenza. Un'interpretazione psicoanalitica*. Tr. it. Milano: Franco Angeli, 1993.
- Blos, P. (1979). *L'adolescenza come fase di transizione*. Tr. it. Roma: Armando, 1988.
- Bolasco, S. (1999). *Analisi multidimensionale dei dati. Metodi, strategie e criteri d'interpretazione*. [Multidimensional Analysis of Data. Methods, Strategies and Criteria for Interpretation]. Editore Carocci, Roma, Italy.
- Bolzonella, G., Bottega, L., Brocca, R., Cassalo, A., Perulli, L., Salvador, P., Spinosa, L., (2006). La ricerca epidemiologica sui T.S. adolescenziali a Venezia-Mestre. *Imago*, 13, 151-179.
- Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Giunti, Firenze.
- Boyd, D., Jenny, R., Leavitt, A. (2011). Pro-self-harm and the visibility of youth-generated problematic content. *I/S: A Journal of Law and Policy for the Information Society*, 7(1):1-31.
- Boyer, T.W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 26, 291-345.
- Braun, B.C. (1988). The BASK model of dissociation: Part I. *Dissociation*, 1(1), 4-23.
- Brausch, A.M., Gutierrez, P.M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescents*, 39, 3, 233-242.
- Brausch, A.M., Muehlenkamp, J.J. (2014). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4, 207-212.
- Briere, J., Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population

samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.

Brown, M.Z., Comtois, K.A., Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.

Brown, S., Williams, K., (2007). Past and recent deliberate self-harm: emotion and coping strategy differences. *Journal of Clinical Psychology*. 63, 791-803.

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruni, A. (2014). Relazioni ectopiche del soggetto insaturo. *Rivista di Psicoanalisi*, LX, 3, 751-764.

Brunner, R., Panzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M, et al. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 161, 641-9.

Burstow, B. (1992). *Radical feminist therapy. Working in the contest of violence*. Newbury Park, Sage.

Butler, J. (1999). *Gender Trouble. Feminism and the subversion of identity*. Routledge. Tr. it. Questioni di genere. Il femminismo e la sovversione dell'identità. Roma: Editori Laterza, 2013.

Buzzatti, G., Salvo, A. (1995) (a cura di). *Corpo a corpo. Madre e figlia in psiconalasi*. Bari: Laterza.

Cairns, S. (2006). The Road to Self-Injury and Back Again. *Psychology of Women Quarterly*. 30: 419.

Canetto, S.S., Sakinofsky, I. (1997). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Treat Behav*; 28:1-23.

Capuzzi, D., Favaron, C. Da una "cultura di massa" al "gruppo mediatico. *Psychomedia Telematic Review. Memoria e telecomunicazioni, Mass Media*.

Carbone, P. (2005). *Adolescenze. Percorsi di psicologia clinica*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

Carsten, J. (2013). *Blood will out. Essay on liquid transferts and flows*.

The Journal of the Royal Anthropological Society, 19.

Cattelino, E., Bonino, S. (2010). *Rischi in adolescenza*. Roma: Carocci.

Černá, A., Šmahel, D. (2009). Self-harm in adolescence: the context of the real versus virtual environment and Emo and gothic subcultures. *E-psychologie*, 3(4), 26-44.

Cerutti, R., Manca, M. (2009). Eventi di vita stressanti e/o traumatici e condotte autolesive in adolescenza. In Caretti, V., Craparo, G., Schimmenti, A. (Eds.), *Traumatic memories and mentalization*, Roma, Astrolabio.

Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. (2010). Correlati psicopatologici delle condotte autolesive in adolescenza. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 77(2), 393-405.

Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. (2009). Body investment and deliberate self-harm in Italian university sample. *Panminerva Medica*, 51 (3): 19 suppl. 1.

Cerutti, R., Presaghi, F., Manca, M., Gratz, K.L. (2012). Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 3, 298-308.

Cerutti, R., Presaghi, F., Manca, M., Gratz, K.L. (2011). Prevalence and psychopathological correlates of Deliberate Self-Harm behavior in young Italian adults. *Journal of Adolescence*, 34(2), 337-347.

Chabert, C. (2000). Le passage à l'acte, une tentative de figuration? *Adolescence*, Monographie ISAP, 57-62.

Chabert, C. (2003). *Il femminile melanconico*. Tr. it. Roma: Borla, 2006.

Charles, M. (2001). Auto-sensuous shapes. Prototypes of creative forms. *American Journal of Psychoanalysis*, 61, 239-269.

Chasseguet-Smirgel, J. (2003). *Il corpo come specchio del mondo*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.

Chasseguet-Smirgel, J. (1964). *La sessualità femminile*. Bari: Laterza, 1971.

Chefetz, R.A., Bromberg, P. M. (2004). *Talking with "Me" and "Not Me"*.

Contemporary Psychoanalysis, 40(3), 409-64.

Claes, L., Vandereycken, W. (2007). Self-Injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137-144.

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, 611–621.

Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2003). Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: A comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*, 11(5), 379-396.

Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2001). Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*, 2, 263-272.

Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., Muehlenkamp, J. (2010). The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33, 775-778.

Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (2014). *Non-suicidal Self-Injury in Eating Disorders*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Conrad, P., Stults, C. (2010). The Internet and the Experience of Illness. Pp. 179-191 in *Handbook of Medical Sociology*, Sixth Edition edited by C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont, and S. Timmermans. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Conterio, K., Lader, W., & Bloom, J. K. (1998). *Bodily harm: The breakthrough treatment program for self-injurers*. New York: Hyperion.

Corrao F. (1987). Il narrativo come categoria psicoanalitica, in Orme, Cortina, Milano

Craigen, L.M., Healey, A.C., Walley, C.T., Byrd R., Schuster J. (2010). Assessment and Self-Injury: Implications for Counselors. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 43: 3.

Daldin, H.J. (1988). A contribution to the understanding of self-mutilating behaviour in adolescence. *Journal of Child Psychotherapy*, 14:1, 61-66.

Darche, M.A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21, 31–35.

De Leo, D. (2011). DSM-V and the future of suicidology. *Crisis*;32:233-9.

De Luca, M. (2011), Les scarifications comme après-coup du féminin. Les vicissitudes d'un masochisme bien mal tem- péré. *L'Évolution Psychiatrique*, 76, 1, 75-95.

De Luca, M. (2006), Les scarifications: le regard de la méta- morphose. *L'Évolution Psychiatrique Adolescence*, 71, 2, 285-297.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Deutsch, H. (1930). The significance of masochism in the mental life of women. In *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 48-60.

Di Clemente, R.J., Ponton, L.E., Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 753-739.

Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *Eur Child Adolesce Psychiatry*, 21:511-20.

Di Pierro, R., Sarno, I., Gallucci, M., Madeddu, F. (2012). *Il self- injury è una strategia di regolazione emotiva?* Congresso delle Sezioni AIP, 20-23 Settembre, Chieti. Espress Edizioni.

Douglas, M. (1966). Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù. Bologna: Il Mulino, 1975.

Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F., McHugo, G.J. (2004). A review of treatments for clients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 360-374.

Duggan, J.M., Toste, J.R., Heath, N.L. (2013). An examination of the relationship between body image and non-suicidal self-injury in young adults: The mediating influence of emotion dysregulation. *Psychiatry Res*, 206:256-64.

Duggan, J.M., Heath, N.L., & Lewis, S.P. (2012). An examination of the scope and nature of non-suicidal self-injury online activities: Implications for school mental health professionals. *School Mental Health*, 4, 56-67.

Duggan, J.M., & Whitlock, J. (2012). *An Investigation of Online Behaviors: Self- Injury In Cyber Space*. Encyclopedia of Cyber Behavior, IGI Global.

Dulit, R.A., Fyer, M.R., Leon, A.C., Brodsky, B.S., Frances, A.J. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1305- 1311.

Dyer, A., Borgmann, E., Feldmann, R.E., Kleindienst, N., Priebe, K., Bohus, M., Vocks, S. (2013). Body image disturbance in patients with borderline personality disorder: Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body Image*, 10, 2, 220-225.

Emerson, L.E. (1913), The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review*: 41–54, retrieved 2009-06-15.

Epps, K., (1997). The Use of Secure Accommodation for Adolescent Girls who Engage in Severe and Repetitive Self-Injurious Behaviour. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2: 539.

Erikson, E. H. (1968). Identity, youth and crisis. New York: Norton, 1968.

Erikson E.H. (1982). I cicli della vita. Continuità e mutamenti, Tr. It. Armando, Roma, 1984.

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, 957-79.

Farber, S. (2008). Dissociation, traumatic attachments, and self-harm: Eating disorders and self-mutilation. *Clin Soc Work J*, 36, 63-72.

Farber, S. (1997). Self-medication, traumatic reenactment, and somatic expression in bulimic and self-mutilating behavior. *Clinical Social Work Journal* 25[1], 87-106.

Farber, S., Jackson, C. C., Tabin, J. K., & Bachar, E. (2007). Death and

Annihilation Anxieties in Anorexia Nervosa, Bulimia and Self-Mutilation. *Psychoanal. Psychol.*, 24, 28.

Favaro, A., & Santonastaso, P. (1998). Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa: Prevalence and Psychological Correlates. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186(3), 157-165.

Fattori, L. (2013). Un'adolescente disabile: la pratica del self-cutting su un corpo già ferito. *Rivista di Psicoanalisi*, LIX, 1, 33-48.

Favazza, A. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 259-268.

Favazza, A.R. (1996). Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Baltimore: The Johns Hopkins University.

Favazza, A.R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22, 60-63.

Favazza, A.R., Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psych. Scand.*, 79, 283.

Favazza, A.R., Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22-30.

Favazza, A.R., DeRosear, L., Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 4, 352-361.

Favazza, A.R., Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic Issues in Self Mutilation. *Hosp. Community Psychiatry*, 44, 134-140.

Ferraro, F. (2008). Linee d'ombra e di confine: vertici psicoanalitici per una riflessione. Relazione al Convegno della Società Psicoanalitica Italiana "Violenza e Simbolizzazione" Napoli, 2008.

Ferraro, F., & Nunziante Cesàro, A. (1985). Lo spazio cavo e il corpo saturato. Milano: Angeli, 1985.

Ferro, A. (2006). Da una psicoanalisi dei contenuti e delle memorie a una psicoanalisi per gli apparati per sognare, sentire, pensare: transfert, transfer, trasferimenti. *Rivista di Psicoanalisi*, 52, 2, 401-478.

Fina, N. (2009). Schegge suicidal. Rottura e ripresa nella struttura dell'esperienza nelle crisi adolescenziali. *Funzione Gamma*, 23.

Firestone, R.W., Seiden, R.H. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health*, 38(5), 207-213.

Fliege, H., Lee J.R., Grimm, A., Klapp, B.F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 477-493.

Fox, C., Hawton, K. (2004). *Deliberate Self-harm in Adolescence*. London: Jessica.

Frances, A. (2009). Whither DSM-V? *Br J Psychiatry*; 195:391-2.

Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica*. Liguori Editore, Napoli, 2008.

Fredrickson, B.L., Roberts, T.A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.

Freud, A. (1979). Adolescenza, In *Opere*, Boringhieri, Torino, vol.2.

Freud, A. (1967). L'Io e i meccanismi di difesa, Martinelli, Firenze.

Freud, S. (1886-1895). Studi sull'isteria e altri scritti. Trad. it. *Opere*, vol. I. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. La vita sessuale. Torino: Bollati Boringhieri. 1970.

Freud, S. (1921). Psicologia delle masse ed analisi dell'Io. In *Opere vol. 9*, Boringhieri, Torino, 1975.

Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. In *OSF*, vol. 9, Torino: Bollati Boringhieri.

Freud S. (1925). Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica dei sessi. La vita sessuale. Torino: Bollati Boringhieri. 1970.

Freud, S. (1926). Inibizione sintomo e angoscia. Trad. it. *Opere*, vol. X. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.

Freud, S., (1924). Il problema economico del masochismo, In *La teoria psicoanalitica. Raccolta di scritti 1911-1938*. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1932). La femminilità. Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). In *Opere*. Vol.11.

Freud, S. (1931). Sessualità Femminile. La vita sessuale. Torino: Bollati

Boringhieri. 1970.

Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M., Wohl, M. (1972). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *British Journal of Psychoanalysis*, 53, 179-183.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel.

Gargiulo, A. (2013). Rabbia, tagli, corpo: il linguaggio del concreto nell'autoferimento. Uno studio pilota con gli operatori. AIP Associazione Italiana di Psicologia XV Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Napoli: Fridericiana Editrice Universitaria, p. 203. ISBN: 978-88-8338-144-7

Gargiulo, A., Manna, V., Boursier, V., Margherita, G. (2014). Once upon a time... the sexuality: adolescents and sexual risk. Libro de Actas del 3rd Iberoamerican Congress of Health Psychology. Siviglia, 14-16 Novembre 2014. p.298. (a cura di) Tamara Ramiro-Sanchez e M^a Teresa Ramiro. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISBN: 978-84-697-2139-1

Gargiulo, A., Margherita, G. (2014a). Autolesività non suicidaria e genere: rassegna teorica e riflessioni psicodinamiche. *Infanzia e Adolescenza*, 13, 2: 119-128. DOI: 10.1710/1624.17656

Gargiulo, A., Margherita, G. (2014b). Non-Suicidal Self-Injury and Gender Differences in Adolescence. Libro de Actas del VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica. Siviglia, 14-16 Novembre 2014. p.533. (a cura di) M^a Teresa Ramiro e Tamara Ramiro-Sanchez. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISBN: 978-84-697-2104-9

Gargiulo, A., Margherita, G. (2013). Corpi lesi in adolescenza: l'autoferimento tra questioni contemporanee e ricadute nella relazione clinica. SIPSA Società Italiana di Psicologia della Salute X Congresso Nazionale "La ricerca delle buone pratiche in psicologia della salute". Orvieto, 2013.

Gargiulo, A., Plener, P.L., Baus, N., Margherita, G., Brunner, R., Kaess, M., Kapusta, N.D. (2014). Autolesività non suicidaria (NSSI) e Disturbo da Comportamento Suicida (SBD) nella recente pubblicazione del DSM-5. *Minerva*

Psichiatria, 56 (2): 83-90.

Gelder, M. et al (2005). *Psychiatry*, Oxford University Press: New York, 171.

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. *Rivista di Psicologia clinica dello sviluppo*, 12, 1:3-26.

Giletta, M., Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E., Ciairano, S., Prinstein, M.J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197, 66- 72.

Glenn, C.R., Klonsky, E.D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury disorder: an empirical investigation in adolescents psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*; 42,4:496-507.

Glenn, C.R., Klonsky, E.D. (2011). One-Year Test-Retest Reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*. 18: 375.

Glenn, C.R., Klonsky, E.D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1-8.

Gratz, K.L. (2007). Targeting Emotion Dysregulation in the Treatment of Self-Injury. *Journal Of Clinical Psychology. Session*. 63(11), 1091–1103.

Gratz, K.L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 2, 238-250.

Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.

Gratz, K.L., Tull, M.T., Levy, R. (2013). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 28, 1-14.

Gratz, K.L., Roemer, E. (2012). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26: 1, 41-54.

Gratz, K.L., Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive and Behaviour Therapy*, 37, 14-25.

Gratz, K.L., Roemer, E. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Gratz, K.L., Tull, M.T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 34(6): 544–553.

Grando, G. (2002). (a cura di), Devastazione e masochismo femminile. Clinica psicoanalitica dei disordini alimentari, Franco Angeli, Milano.

Green, A. (1991). Psicoanalisi degli stati limite. Cortina, Milano.

Gregory, R.J., Mustata, G.T. (2012). Magical Thinking in narrative of adolescent cutters. *Journal of Adolescence*, 35, 4, 1045-1051.

Greimas, A.J. (1983). *Del Senso 2* [About the sense]. Milano, Italy: Bompiani.

Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.

Guan, K., Fox, K.R., Prinstein, M.J. (2012). Nonsuicidal Self-Injury as a Time-Invariant Predictor of Adolescent Suicide Ideation and Attempts in a Diverse Community Sample. *J Consult Clin Psychol*. 80(5): 842-49.

Guerra, C., Ferreira, P., Moura, M., & Silva, A. (2013). Does Internet promote self-harm behavior?. *European Psychiatry*, 28, 1.

Haberstroh, S., Moyer, M. (2012). Exploring an Online Self-Injury Support Group: Perspectives From Group Members. *The Journal for specialists in group work*, 37, 2, 113–132.

Haraway, D. (1991). *Manifesto cyborg. Donne, tecnologia e biopolitica del corpo*. Milano: Feltrinelli, 1995.

Harris, I.M., Roberts, L.M. (2013). Exploring the use and the effects of deliberate self-harm websites: An Internet-Based study. *Journal of Medical Internet Research*, 15, 12, e285.

Haw, C., Hawton, K., Houston, K., Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients, *British Journal of Psychiatry*, 178:48–54.

Hawton, K., Saunders, K.E.A., O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *www.thelancet.com* 379, 2372-2382.

Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., Fagg, J. (1999), Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors, *Journal of Adolescence* 22 (3): 369–378.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E.R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325: 1207-1211.

Haza, M., Keller, P.H. (2005). Scarifications chez l'adolescent suicidaire. Une tentative pour penser? *Adolescence*, 3, 23, 733-742.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.

Hilt, L.M., Hoeksema, S.N., Cha C.B. (2008). Nonsuicidal Self-Injury in Young Adolescent Girls: Moderators of the Distress–Function Relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1, 63–71.

Hilt, L.M., Nock, M.K., Lloyd-Richardson E., Prinstein, M.J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adolescents: Rates, Correlates and Preliminary Test of an Interpersonal Model. *The Journal of Early Adolescence*. 28: 455.

Himber, J. (1994). Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 31(4), 620-631.

Huband, N., Tantam, D., (2004). Repeated self wounding: women's

recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. In *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 77, 413-428.

Irigaray, L. (1974). *Speculum. L'altra donna*. Milano: Feltrinelli, 1975.

Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, A.M., Kato, S. et al. (2006). Mental health, quality of life and nutrition status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: comparison between an urban slum and non slum area. *Social Science and Medicine* 63(6):1477-88.

Janet, P., (1889). *L'automatisme psychologique. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2013.

Jeammet, P. (1995). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson.

Jeammet, P. (1989). Les assises narcissiques de la symbolisation. *Revue française de psychanalyse*, 53, 6: 1763-1774.

Jeammet, P. (1980). L'adolescence comme conflit, Le bien être de l'enfant dans sa famille, ESF, Parigi, vol.1, 69-80.

Jeffreys, S. (2000). 'Body Art' and Social Status: Cutting, Tattooing and Piercing from a Feminist Perspective. *Feminism & Psychology*, 10 (4):409-429.

Jessor, R., Donovan, J.E., Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescence – problem behaviour and young adult development*. New York: Cambridge University Press.

Johnstone, L. (1997). Self-Injury and the Psychiatric Response. *Feminism & Psychology*, 1997 7: 421.

Johnson, G.M., Zastawny, S., Kulpa, A. (2010). E-Message boards for those who self-injure: Implications for e-health. *International Journal of Mental Health Addiction*, 8, 566–569. doi: 10.1007/s11469- 009-9237-x

Joiner, T.E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Joiner, T.E., Ribeiro J.D., Silva, C. (2012). Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Current Directions in Psychological Science* 21: 342.

Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R., et al. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*;11:597.

Kahan, J., Pattison, E.M. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14, 17-35.

Kaminer, Y., Bukstein, O.G. (2008). *Adolescent Substance Abuse: Psychiatric Comorbidity and High-Risk Behaviors*. New York: Routledge.

Kapur, N., Steeg, S., Webb, R., Haigh, M., Bergen, H., Hawton, K., Ness, J., Waters, K., Cooper, J. (2013). Does Clinical Management Improve Outcomes following Self-Harm? Results from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *PLoS ONE* 8(8): e70434. doi:10.1371/journal.pone.0070434

Kapusta, N.D. (2012). Non-suicidal self-injury and suicide risk assessment, quo vadis DSM-V? *Suicidol Online*;3:1-3.

Karacaoglan, U. (2012). Tattoo and taboo: on the meaning of tattoos in the analytic process. *Int J. Psychoanal.* 93(1):5-28. doi: 10.1111/j.1745-8315.2011.00497.

Kernberg, O.F. (2004). *Narcisismo, aggressività e autodistruttività*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.

Kirkcaldy, B.D., Brown, J., Siefen, R.G. (2006). Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18, 4, 597- 614.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Española de Psiquiatria*, 39, 4, 226-35.

Klein, M. (1950). Primi stadi del complesso edipico e della formazione del SuperIo. In *Psicoanalisi dei bambini*. Firenze: Martinelli, 1979.

Klonsky, E.D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*. Sep;41(9):1981-6. doi: 10.1017/S0033291710002497.

Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut

themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Res.* 30; 166(2-3):260-268.

Klonsky, E.D. (2007). The function of deliberate self-injury. A review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.

Klonsky, E.D., Glenn, C.R. (2009), Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 3, 215-219.

Klonsky, E.D., May, A.M., Glenn, C.R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 231-237.

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

Lacan, J. (1966). *Scritti*. Tr.it. Torino: Einaudi, 1974.

Ladame, F. (2004). Attacchi al Corpo ed il Sé in pericolo in Adolescenza. *Childhood and Adolescent Psychosis*, 10, 77-81.

Ladame, F. (1981). Tentativi di suicidio degli adolescenti. Roma: Borla, 1987.

Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi* [Tools for Text Analysis]. Franco Angeli, Roma, Italy.

Lancia, F. (2008). Word co-occurrence and similarity in meaning. Some methodological issues. In: *Mind as Infinite Dimensionality* (eds S. Salvatore & J. Valsiner) (2003) 1–39. Carlo Amore, Roma, Italy.

Lang, C.M., Sharma-Patel, K. (2011). The Relation Between Childhood Maltreatment and Self-Injury: A Review of the Literature on Conceptualization and Intervention. *Trauma Violence Abuse*.12: 23.

Laplanche, J., Pontalis, J.B., (1973). *Enciclopedia della psicoanalisi*, Tr. It., Laterza, Roma-Bari, vol.1.

Laye-Gindhu, A., Schonert-Reichl Kimberly, A. (2005). Non-suicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the ‘Whats’ and

- ‘Whys’ of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 34 (5): 447–457.
- Laufer, M., (1997). Ideale dell’Io e pseudo ideale dell’Io nell’adolescenza. *Adolescenza*, 8, 3, 262 -284.
- Laufer, E. (2005). Le corps comme objet interne. *Adolescence*, 23, 2, 363-379.
- Laufer, M., Laufer, E. (1984). Adolescenza e breakdown evolutivo. Torino: Boringhieri, 1986.
- Le Breton, D. (2003). La pelle e la traccia. Le ferite del sé. Roma: Meltemi, 2005.
- Le Breton, D. (1995). Antropologia del dolore. Roma: Meltemi editore, 2007.
- Lemma, A. (2010). An order of pure decision: growing up in a virtual world and the adolescent's experience of being-in-a-body. *J Am Psychoanal Assoc*. 58(4):691-714. doi: 10.1177/0003065110385576.
- Lemma, A. (2005). Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Lewis, S.P., Baker, T.G. (2011). The Possible Risks of Self-Injury Web Sites: A Content Analysis. *Archives of Suicide Research*, 15, 4, 390-396.
- Lewis, S.P., Heath, N.L., Michal, N.J., Duggan, J.M. (2012). Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:13.
- Lewis, S.P., Heath, N.L., St Denis, J.M., Noble R. (2010). The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *Pediatrics*. 127.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder; e Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*; New York: The Guilford Press. Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001.
- Linehan, M.M., Bohus, M., Lynch, T.R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (581–605). New York: The Guilford Press.

Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Milano: Il Saggiatore.

Lipschitz, D.S., Winegar, R.K., Nicolaou, A.L., Hartnick, E., Wolfson, M.B., Suthwick, S.M. (1999). Perceived Abuse and Neglect as Risk Factors for Suicidal Behavior in Adolescent Inpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 1, 32-39.

Lloyd-Richardson, E.E., Perrine, N., Dierker, L., Kelley, M.L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 37(8):1183-92.

Longo, M. (1996). *Psicologia delle masse mediatiche*. Psychomedia.it

Lundh, L.G., Karim, J., Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 33–41.

Lyng, S. (1990). Edgework: A Social Psychological Analysis of Voluntary Risk Taking. *American Journal of Sociology*, 95 (4): 851 - 86.

Lyon, A. (2012). Flesh wounds? New ways of understanding self-injury. *Feminism & Psychology*. 22: 271-283.

Maddok et al., (2010) Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self harm events in women with borderline personality disorders. *Aust N Z Psychiatry*, 44, 574.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.J., Corcoran P., Fekete S., Heeringen K.B., DeLeo D., Ystgaard M. (2008), Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (6): 67-677.

Malagoli Togliatti, M. (2004), *Costruzione delle relazioni familiari all'interno della famiglia*. Convegno Internazionale Sviluppo della persona e promozione del senso, Studi Filosofici di Napoli, 22 Ottobre.

Manca, M., Presaghi, F., Cerutti, R. (2014), Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 215, 111-19.

Mancini, L. (2010). Le Sirene come paradigma del margine nella cultura greca arcaica. *Rivista di Psicoanalisi*, LVI, 3, 953-74.

Manciocchi, A., (2009). Superficie cutanea e pelle mentale: l'incidente-ustione come sintomo. *Funzione Gamma Journal*, 23.

Marangio, P. (2006). Tatuaggi e piercing: forme di automutilazione?, In Vertici Network di Psicologia e Scienze Affini.

Marchetti, A, Bracaglia, G.C., Valle, A. (2013). Comportamenti a rischio e autolesivi in adolescenza, il questionario RTSHIA di Vrouva, Fonagy Fearon Roussow. FrancoAngeli.

Marino, S. (2012). *Donne si nasce, differenti si diventa. La relazione madre-figlia nel processo di soggettivazione*. In Montani, L. e Leo, G. (2012). Lo spazio velato. Femminile e discorso psicoanalitico. Lecce: Edizioni Frenis Zero.

Margherita, G.V. (2013). Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico ai blog pro-ana. Milano: FrancoAngeli.

Margherita, G.V. (2009). Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo. Milano: FrancoAngeli.

Margherita, G., Gargiulo, A. (2014). Attacks on body in the virtual era. An analysis of the phenomenon of blogs pro-anorexia and pro-self-injury. Libro de Actas del VII International Congress of Clinical Psychology. Siviglia, 14-16 Novembre, 2014, p.389. (A cura di) M^a Teresa Ramiro e Tamara Ramiro-Sanchez. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISBN: 978-84-697-2104-9

Margherita, G., Gargiulo, A. (in press). Incidere i limiti. Dalla Body Art all'autolesionismo, considerazioni psicodinamiche sul corpo all'epoca del postumano. La Camera Blu.

Margherita, G.V., Nuzzo, I. (2011). Nuove anoressie. Una lettura psicodinamica del fenomeno Pro-Ana. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 78(1), 167-177.

Marquard, A. et al. (2012). The role of online and online peer support for young people who self-harm. Good practice guide.

Martin, G., Swannell, S., Kryszynska, K., Kay, T., Olsson, K., Win, A.

(2010), Cutting on-line: self-injury and the internet. *Advances in Mental Health*, 9, 2, 177-189.

Martorana, G., (2009). Analisi descrittiva del comportamento di autoferimento in una popolazione non clinica. Indagine esplorativa attraverso internet. *Rivista di Psichiatria*, 44, 3.

Matsumoto, T., Imamura, F., Chiba, Y., Katsumata, Y., Kitani, M., Takeshima, T. (2008). Analgesia during self-cutting: clinical implications and the association with suicidal ideation. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 62, 3, 355-358.

McDonald, C. (2006). Self-Mutilation in Adolescents. In *The Journal of School Nursing* 2006 22: 193.

McDougall, J., (1982) *Teatri dell'io. Illusione e verità sulla scena psicoanalitica*, Raffaello Cortina, Milano, 1988.

McGilley, B.H. (2004). Feministic perspectives on self-harm and eating disorders. In Levitt JL, Sansone RA, Cohn L. *Self-Harm Behavior and Eating Disorders: Dynamics, Assessment, and Treatment*. New York: Brunner-Routledge.

McWilliams, N. (1994). *La diagnosi psicodinamica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 2006.

Meltzer, D., (1989). Scritti sull'adolescenza, In *Quaderni di psicoterapia infantile*, Borla.

Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Singleton, N., Jenchins, R., Brugha, T. (2002). *Non Fatal Suicidal Behaviour among Adults aged 16 to 74 in Great Britain*. The Stationary office: UK.

Menninger, K.A. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace e World.

Miller, D. (1994). *Women who hurt themselves: a book of hope and understanding*. New York: Basic Books.

Miller, F., Bashkin, E.A. (1974). Depersonalization and self-mutilation. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 638-649.

Mikolajczak, M., Petrides, K.V., Hurry, J. (2009). Adolescents choosing

self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 181–193.

Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Preti, A. (2003). Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191: 437-443

Montani, L. (2010). Identità e cambiamento. Lo spazio del soggetto. *Psychomedia Telematic Review*.

Montepaone, C. (1999). Lo spazio del margine. Roma: Donzelli editore.

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J.B., Patton, G.C. (2011). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. www.thelancet.com DOI:10.1016/S0140-6736(11)61141-0

Muehlenkamp, J.J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324-333.

Muehlenkamp, J.J., Bagge, C.L., Tull, M.T., Gratz, K.L. (2013). Body Regard as a Moderator of the Relation between Emotion Dysregulation and Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide Life Threat Behav*, 43,5:479-93.

Muehlenkamp, J.J., Brausch, A., Quigley, K., Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide Life Threat Behav*; 43,1:67-80.

Muehlenkamp, J.J., Brausch, A.M. (2012). Body Image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 1-9.

Muehlenkamp, J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 30;6:10. doi: 10.1186/1753-2000-6-10.

Muehlenkamp, J.J., Peat, C.M., Claes, L., Smits, D. (2012), Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 4, 416-425.

Muehlenkamp, J.J., Gutierrez, P.M. (2007), Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal selfinjury. *Archives of Suicide*

Research, 11, 1-14.

Muehlenkamp, J.J., Gutierrez, P.M. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 1, 12-23. DOI: 10.1521/suli.34.1.12.27769

Murray, C.D., Fox, J. (2006). Do internet self-harm discussion groups alleviate or exacerbate self-harming behaviour? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5, 1-9.

National Institute of Clinical Excellence (2002) "Self-harm scope document", one of a series of NICE guidelines.

Nelson, A., Muehlenkamp, J.J. (2012), Body objectification and attitudes in non-suicidal self-injury among male and female undergraduates. *Archives of Suicide Research*, 16, 1- 12.

Nicolò, A.M. (2009). Pelle per comunicare, pelle da danneggiare: riflessioni su scarificazioni e self cutting in adolescenza. Centro di Psicoanalisi Romano.

Nixon, M.K., Heath, N.L. (2009). *Self injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York, NY: Taylor & Francis Group.

Nixon, M.K., Coutier, P., Jansson, S.M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Can. Med. Assoc.* 178, 306-312.

Nixon, M.K., Cloutier, P.F., Aggarwal, S. (2002), Affect regulation and addictive aspects of repetitive Self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 11, 1333-1341.

Niwa, K.D., Mandrusiak, M.N. (2012). Self-Injury Groups on Facebook. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. Vol. 46 No. 1, 1-20.

Nock, M. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 339-363. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Nock, M. (2009). Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science* 18: 78.

Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein,

M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.

Nock, M.K., Prinstein, M.J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 72, 5, 885–890.

Norris., M.L. (2007). HEADSS up: Adolescents and the Internet. *Paediatr Child Health*. 12(3):211-216.

Novelletto, A., (2009). L'adolescente. Una prospettiva psicoanalitica, Astrolabio.

Nunziante-Cesàro, A. (2014), *Chiaroscuri dell'identità. Sessualità, sesso e genere: saggi psicoanalitici*. Milano: Franco Angeli.

Nunziante Cesàro A., Gargiulo, A. (2013). L'anoressia: una questione di genere? In Margherita, G.V. (a cura di). *Anoressie contemporanee: Dal digiuno ascetico ai blog Pro-ana*. Milano: FrancoAngeli.

Nunziante-Cesàro, A., Stanziano, G. (2012), *Il Masochismo: Una Trasmissione Al Femminile?* Spazio Rosenthal. Tra psicoanalisi e femminile, 17, IX. Testo presentato al seminario internazionale “La trasmissione del femminile”, 25 marzo 2011, Napoli.

Ochonisky, J. (1984), L'automutilation a-t-elle un sens? *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32, 4, 171-181.

Orbach, I. (1996). The role of body experience in self-destruction. *Clin. Psychol. Psychiatry*, 1(4), 607-619.

Orbach I, Mikulincer M. (1998). The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*. 10:415–425.

Orbach I, Gilboa-Schechten E, Sheffer A, Meged S, Har-Even D, Stein D. (2006). Negative bodily self in suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*;36:136–153.

Orbach, I., Stien, D.S., Mirit-Har, D. (2001). Body attitudes and body experience in suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 31:237–249.

Owens, C, Sharkey, S., Smithson, J., Hewis, E., Emmens, T., Ford T., Jones, R. (2012). Building an online community to promote communication and collaborative learning between health professionals and young people who self-harm: an exploratory study. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations.

Palmonari, A. (1997). *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.

Pao, P.N., (1969). The Syndrome of Delicate Self-cutting, *British Journal of Medical Psychology*, 42, 195–206.

Pattinson, E.M., Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*. 140, 867-872.

Peek, L.E., O'Brien Lightner, K., Murrell, A.R., Howe-Martin, L.S. (2010). Media and Other Social Influences on Adolescent Repetitive Self-Mutilation. *Journal of Media Psychology*, Vol. 15, No. 3.

Perulli L., Bolzonella G., Bottega L., Cherubini L., Maschietto D., (1999). Adolescenti che tentano il suicidio: una ricerca in ospedale. Presa in carico o minimizzazione? *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 285-296.

Pestalozzi, J. (2008). Il Self cutting. *Rivista Contrappunto*, 41, Dicembre 2008.

Pitts, V., (2003). *In the flesh. The cultural politics of body modification*, Palgrave Macmillan Press, New York.

Pirlot, G., Cupa, D. (2006), La douleur peut-elle être perçue et cherchée plus «vivement» dans une culture postmoderne en perte de sens? *L'Évolution Psychiatrique*, 71, 729-743.

Plener, P.L., Fegert, J.M. (2012). Non-suicidal self-injury: state of the arte perspective of a proposed new syndrome for DSM V. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*;6:9.

Plener, P.L., Kapusta, N.D., Kölch, M.G., Kaess, M., Brunner, R. (2012). Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose: Implikationen des DSM-5 Vorschlages für Forschung und Klinik selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*;40:113-20.

Plener, P.L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J.M., Muehlenkamp, J.J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and

suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*;39:1549-58.

Pommereau, X. (1998). *Quando un adolescente soffre*. Milano: Nuove Pratiche Editrice.

Pommereau, X., Brun, M., Moutte, J.P. (2009), *L'Adolescence scarifiée*. Paris: L'Harmattan.

Pompili, M., Vichi, M., Innamorati, M., Lester, D., Yang, B., De Leo et al (2013). Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community*.

Powell, J. (2011). Young people, self-harm and internet forums. Commentary on . . . Online discussion forums for young people who self-harm. *The Psychiatrist* .35, 368-370.

Prasad, V., & Owens, D. (2001). Using the Internet as a source of self-help for people who self-harm. *Psychiatric Bulletin*, 25, 222-225. doi:10.1192/pb.25.6.222

Purromuto, C., (2006). L'incomunicabilità dell'essere. Riflessioni sul comportamento autodistruttivo, In www.sibric.it.

Rastier, F., Cavazza, M., & Abeillé, A. (2002). *Semantics for descriptions*. Chicago, IL: Chicago University Press.

Reinert, M. (1995). I mondi lessicali di un corpus di 304 racconti di incubi attraverso il metodo Alceste. [The lexical worlds of a corpus of 304 narrations of nightmares through Alceste method] In R. Cipriani & S. Bolasco (Eds.), *Ricerca qualitativa e computer* [Qualitative research and computer] (pp. 203–223). Milano, Italy: Franco Angeli.

Reik, T., (1941). *Il masochismo nell'uomo moderno*, Sugar Editore, Milano, 1963.

Resnik, S. (2005). *Glaciazioni. Viaggio nel mondo della follia*. Tr. it. Bollati Boringhieri: Torino.

Rheingold, H. (2012). *Perché la rete ci rende intelligenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2013.

Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the Human Sciences*. New York:

Cambridge Univ. Press.

Rivière, J. (1929), La femminilità come travestimento. In *Il mondo interno. Scritti 1920-1958*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 1998, 88-100.

Rizzo, C.J., Esposito-Smythers, C., Swenson, L., Hower, H.M., Wolff, J., Spirito, A. (2014), Dating Violence Victimization, Dispositional Aggression and Nonsuicidal Self-Injury among Psychiatrically Hospitalized Male and Female Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 3, 338- 351.

Rodham, K., Gavin, J., Lewis, S.P., St Denis, J.M., Bandalli, P. (2013), An investigation of the motivations driving the online representation of self-injury: A Thematic Analysis. *Archives of Suicide Research*, 17, 2, 173-183.

Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and selfcutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 80-87.

Rosenberg, B. (1991), *Masochisme mortifère, masochisme gardien de la vie*. Parigi: PUF, coll. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse.

Rosenthal, R.J., Rinzler, C., Walch, R, Klausner, E. (1972). Wrist-Cutting syndrome: the meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*. 128, 47-52.

Ross, S., Heath, N. (2002), A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 1, 67-77.

Rossi Monti, M., D'Agostino, A. (2009). *L'autolesionismo*. Carocci, Roma.

Rotolo, M.L. (2010). Realtà virtuali, psicopatologia in rete. *Psychomedia Telematic Review. Memoria e telecomunicazioni, Mass Media*.

Ruggiero, I. (2012). Adolescenti, Rete e Social Network. *Spiweb*.

Ruggiero, I. (2011). Corpo strano, corpo estraneo, corpo nemico: itinerari adolescenziali tra corpo, psiche e relazione, *Rivista di Psicoanalisi*, anno LVII, n. 4, pp. 825-847.

Ruggiero, I. (2007) Dinamiche narcisistiche nell'autolesionismo adolescenziale. In *Richard e Piggie*, 15, 2, 2007.

Salfa MC, Regine V, Camoni L, Raimondo M, Giuliani M, Suligo B, Rete Nazionale Centri clinici, Laboratori per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (2010). Sexually Transmitted Infections (STIs) among young adult in Italy, 25, 4.

Salvador, P. et al., (2008). Incidersi in adolescenza: sintomo od organizzazione di personalità? In *Infanzia e Adolescenza*. Vol.7, 3.

Sansone, R.A., Chu, J.W., Michael, W., Wiederman, M.W. (2010), Body image and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 6, 579-584.

Sarno, I. (2008). *Autoferimento. Teorie e modelli*. Roma: Aracne.

Sarno, I., Madeddu, F. (2007). Comportamenti di autoferimento, uso di sostanze e disturbo borderline. *The italian on line psychiatric magazine*. 13, 1, 1-15.

Sarno I., Madeddu F., Gratz K.L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, 25: 136 – 145.

Schilder, P. (1950). *Immagine di Sè e schema corporeo*. Tr.it. Milano: Franco Angeli, 1986.

Searles, H. (1963). Il ruolo delle risposte emotivamente neutre da parte del terapeuta nella psicoterapia del paziente schizofrenico. Tr.it. In *Scritti sulla schizofrenia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.

Segal, H. (1957). Notes on symbol formation, *International Journal of Psychoanalysis*. 38: 391-397; republished in *The Work of Hanna Segal*. New York: Jason Aronson (1981) and in E. Spillius (ed.) *Melanie Klein Today*, Vol. 1. Routledge (1988).

Seko, Y. (2013). Picturesque Wounds: A Multimodal Analysis of Self-Injury Photographs on Flickr, *Forum: Qualitative Social Research*, 14(2), Art. 22.

Semi, A. (1988). *Trattato di psicoanalisi*. Milano: Cortina.

Schafer, R. (1983). *L'atteggiamento analitico*. Milano: Feltrinelli, 1984

Shaffer, D., Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V Childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury

(NSSI) as a DSM-V Disorder. Proposed revisions: disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence. DSM-5 Development. American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Shapiro, S. (2008). Addressing Self-Injury in the School Setting. In *The Journal of School Nursing* 2008 24: 124.

Shaw, S.N. (2002). Shifting Conversations on Girl's and Women's Self-Injury: An Analysis of the Clinical Literature in Historical Context. *Feminism & Psychology*. 12(2): 191-219.

Shepherd, H., & Ricciardelli, L. A. (1998). Test of Stice's dual pathway model: dietary restraint and negative affect as mediators of bulimic behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 345–352.

Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L.R., Marchetti, I., Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*.

Silbereisen, R.K., Noack, P. (1988). On the constructive role of problem behavior in adolescence. In A. Bolger, A. Caspi, G. Dolwney, M. Moorhose (eds.), *Person in context: Development process*, Cambridge, Cambridge University Press.

Simeon, D., Favazza, A.R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In D. Simeon, E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Simpson, M. A. (1975). The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 429–434.

Simpson, C.A., Porter, G.L. (1981), Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45, 5, 428-438.

Smithson, J., Sharkey, S., Hewis, E., Jones R.B., Emmens, T., Ford, T., Owense, C. (2011) Membership and Boundary Maintenance on an Online Self-Harm Forum. In *Qual Health Res* 2011 21.

Solinas, P.G. (2014). *Sangue, Geni e Cognomi. Tecnologie e metafore dell'identità parentale*. Comunicazione al Convegno “Ipermodernità e forme

dell'Identità". Caserta, 18 Novembre 2014.

Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, Sillanpää M (2006), Early predictors of de- liberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93, 87-96.

Spence, D.P. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth*. New York: Norton (trad. it.: *Verità narrativa e verità storica*. Firenze: Martinelli, 1987).

Spinoza, B. *Ethica*. Dimostrata con ordine geometrico e divisa in cinque parti. Roma: Armando, 2008.

Steinberg, M., Schnall, M. (2001). *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 2006.

Stern, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino* (tr. it.), Torino, Bollati Boringhieri, 1987.

Sternudd, H.T. (2012), Photographs of self-injury: production and reception in a group of self-injurers. *Journal of Youth Studies*, 15, 2, 421-436.

Stoller, R.J. (1968), *Sex and gender. The development of masculinity and femininity*. New York: Science house.

Strong, M. (1999). *Un urlo rosso sangue*. Frassinelli, 2005.

Suyemoto, K.L. (1998). The Functions Of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 5, 531-554.

Suyemoto, K.L., Macdonald, M.L. (1995). Self-Cutting in Female Adolescents. *Psychotherapy*, 32, 1.

Swannell, S., Martin, G., Scott, J., Gibbons M. E Gifford S. (2008). Motivations for Self-Injury in an Adolescent Inpatient Population: Development of a Self-Report measure. *Australasian Psychiatry*, 16: 98.

Tisseron, S., *Virtuel, mon amour*, Editions Albin Michel, Paris, 2008.

Thompson, J.K., Covert, M.D., Richards, K.J., Johnson, S., Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance and general psychological functioning in female adolescents; Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 221-236.

Troisi, G., Gargiulo, A. (2014). Corpo tatuato tra genere e generazioni: marchi identitari e rischi psicopatologici sulla pelle. AIP Associazione Italiana di Psicologia XVI Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Pisa.

Turp, M. (2003). *Hidden Self-harm: Narratives from Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers, UK.

Vallario, L., Giorgi, R., Martorelli, M., Cozzi, E. (2005). Il rito del rischio nell'adolescenza. Roma: Magi.

Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.

Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.

Verrocchio, M.C., Conti, C., Fulcheri, M. (2010). Deliberate self-harm in substance-dependent patients and relationship with alexithymia and personality disorders: a case-control study. *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents*, 24, 4, 461-469.

Vrouva, I., Fonagy, P., Fearon, P.R.M., Russow, T. (2010). The risk taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 852-65.

Walsh, B.W. (2007). Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057-1068.

Walsh, B.W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York, NY: Guilford Press.

Watts, J.A. (2012) The tender cut: inside the hidden world of self injury. *Affilia*, 27.

Weiderman, M.W., Sansone R.A., Sansone, L.A. (1999). Bodily Self-Harm and Its Relationship to Childhood Abuse Among Women in a Primary Care Setting. *Violence against women*.

Weinstein, N.D. (1980), Unrealistic Optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 5, 806-820.

Wessely Akhurst, R., Brown, I., Moss, L. (1996). Deliberate self-harm and the probation service: An overlooked public health problem?, *Journal of Public Health Medicine*, 18 (2):129-32.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Abrams G.B., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C., Knox, K. (2011), Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*, 59, 8, 691-698.

Whitlock, J.L., Powers, J.L., Eckenrode, J. (2006). The Virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self-Injury. *Developmental Psychology*. 42, 3.

Whitlock, J., Lader, W., Conterie, K. (2007). The Internet and Self-Injury: What Psychotherapists Should Know. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(11), 1135–1143.

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., Goodyer, I. (2011), Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry* 168(5):495-501.

Wilkinson, P., Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 20:103-8.

Winnicott, D.W. (1967), La funzione specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In *Gioco e realtà*. Tr. it. Roma: Armando, 1974, 189-200.

Winnicott, D.W. (1961). *Adolescenza: il dibattersi nella bonaccia. La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Roma: Armando. 2005.

Winnicott, D.W. (1958). The capacity to be alone. In Winnicott (1965).

Zetterqvist, M., Lundh, L.G., Dahlström, Ö., Svedin, C.G. (2013). Prevalence and function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*;41:759-73.

Zoroglu, S.S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savacs, H. A., Ozturk, M.,

et al. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.

Zuckerman, M. (1971). Dimension of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1, 45-52.