

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI  
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

**ANNO ACCADEMICO 2019/2020**

**TESI DI LAUREA**

**“Trauma precoce e dissociazione nell'autolesionismo non suicidario”**

**DOCENTE 1° relatore: Prof. Laura Ferro**

**STUDENTE: 17D03953, Carola Sophie Chinchéré**

## INDICE

Introduzione .....	3
<b>1 TRAUMA PSICOLOGICO PRECOCE .....</b>	<b>5</b>
1.1 Teorie a confronto .....	5
1.1.1 Trauma e isteria.....	6
1.1.2 Josef Breuer e Sigmund Freud .....	7
1.1.3 Sandor Ferenczi .....	9
1.2 Teorie contemporanee sul trauma .....	10
1.2.1 Onno Van der Hart e Bessel Van der Kolk .....	10
1.2.2 Benedetto Farina e Giovanni Liotti.....	13
1.3 Trauma e neuroscienze .....	15
1.3.1 Cervello tripartito e trauma .....	15
<b>2 TRAUMA E DISSOCIAZIONE.....</b>	<b>18</b>
2.1 Dissociazione: aspetti descrittivi e strutturali .....	19
2.2 Trauma e risposte fisiologiche alla dissociazione .....	24
2.3 Dissociazione e autolesionismo .....	26
<b>3 TRAUMA INFANTILE E AUTOLESIONISMO IN ETÀ ADULTA.....</b>	<b>29</b>
3.1 Trauma infantile, dissociazione e autolesionismo .....	30
3.2 Autolesionismo non suicidario e ideazione suicidaria .....	34
3.3 Differenze di genere.....	36
3.4 Psicopatologia e autolesionismo .....	39
Conclusioni .....	42
Bibliografia .....	44
Sitografia.....	55

## **Introduzione**

Nel corso degli ultimi decenni sono stati condotti molteplici studi riguardanti il maltrattamento infantile, in particolare mettendo in risalto l'impatto negativo del trauma precoce e cumulativo sullo sviluppo psicosociale del bambino. Già dal XIX secolo il trauma è stato argomento di interesse di molti autori, che lo hanno anche correlato con la comparsa di fenomeni dissociativi. Successivamente, e più recentemente, trauma e stati dissociativi sono stati a loro volta messi in relazione con la comparsa di atti autolesivi non suicidari. Molti sono i ricercatori che hanno riscontrato questa correlazione e che hanno, di conseguenza, tentato di comprenderla e spiegarla (Anderson & Crowther, 2012; Briere e Eadie, 2016; Chaplo, Kerig, Bennett e Modrowski, 2015; Farber, 2006; Favazza, 2012; Kılıç, Coskun, Bozkurt, Kaya & Zoroglu, 2017; Kleindienst et al., 2008; Lang & Sharma-Patel, 2011; Nock & Prinstein, 2004; Rossi et al., 2019; Smith, Kouros & Meuret, 2014; Zetterqvist, Svedin & Lundh, 2014).

Lo scopo del seguente elaborato è di analizzare i contributi riguardanti le conseguenze del trauma infantile, gli apporti degli autori che si sono occupati di dissociazione ed infine le ricerche sul tema dell'autolesionismo non suicidario. In particolare, l'obiettivo principale è andare ad indagare quali siano i motivi all'origine della correlazione di questi tre fattori, attraverso l'analisi di diversi studi.

La motivazione alla base della scelta di questo argomento è stata dettata da un interesse personale molto forte. La mia intenzione era principalmente cercare di comprendere le cause che spingono gli individui traumatizzati all'attuazione di comportamenti autolesivi. Inoltre, era mio desiderio indagare come i bambini abusati possano percepire gli effetti di varie forme di maltrattamento anche per decenni in seguito all'accaduto.

Nel primo capitolo ho cercato di effettuare una rassegna storica sul concetto di trauma infantile, osservando in particolare come il trauma cumulativo comporti grossi rischi per lo sviluppo dell'individuo. Partendo dunque da teorie elaborate nel XIX e XX secolo, sono giunta ad indagare il pensiero di alcuni autori contemporanei che hanno affrontato il tema. Inoltre, mi sono concentrata sui meccanismi di risposta autonomici messi in atto dal soggetto abusato, e sulle strutture cerebrali implicate.

Nel corso del secondo capitolo è stato analizzato il concetto di dissociazione. Esso è stato correlato con il trauma infantile ripetuto, per poi arrivare a un'analisi, anche qui, delle

reazioni corporee dissociative provocate dagli abusi perpetrati dalle figure di attaccamento. In più, si è tentato di evidenziare la connessione tra dissociazione e atti autolesivi non suicidari, cercando di comprendere quale fosse la correlazione tra questi due fenomeni.

Nel terzo ed ultimo capitolo si fa riferimento al comportamento autolesivo non suicidario, correlandolo con il trauma e con la dissociazione, per poi rimandare alle differenze tra atti autolesivi non suicidari e ideazione suicidaria. In seguito, sono state analizzate le differenze di genere, riscontrate in diversi studi, riguardanti la frequenza dell'atto autolesivo, i metodi utilizzati, e le sue funzioni. Infine, è stata approfondita la correlazione tra particolari quadri clinici e autolesionismo non suicidario, tentando di comprendere quali psicopatologie presentassero più frequentemente questa forma di aggressività verso il Sé.

A mio parere è molto importante comprendere gli effetti che i comportamenti condotti da parte dei *caregiver* possono avere sui bambini; ho cercato, pertanto, di riportare molti studi a sostegno dell'ipotesi di correlazione tra trauma, stati dissociativi e autolesionismo cercando di evidenziare la complessità del fenomeno.

## CAPITOLO 1

### TRAUMA PSICOLOGICO PRECOCE

La parola “trauma” deriva dal greco e significa “lesione”, “ferita” (Treccani, n.d.). Il trauma è considerato un evento schiacciante per l’individuo, difficile o impossibile da fronteggiare. L’individuo viene ferito, danneggiato dal trauma; quest’ultimo può essere visto da un punto di vista oggettivo (un evento insostenibile per qualunque persona) o soggettivo (come l’individuo percepisce la situazione e reagisce ad essa) (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Più la vittima è giovane, e maggiori sono le conseguenze negative: per questo è molto importante considerare l’età della vittima che subisce l’esperienza traumatizzante. Di fondamentale importanza è anche comprendere se il trauma è singolo (trauma di tipo I) o ripetuto (trauma di tipo II), perché in questo secondo caso gli effetti potrebbero essere molto più gravi e potrebbero portare a dissociazione (Terr, 1991, in Lingiardi & Gazzillo, 2014). A volte infatti, il trauma è rappresentato da abusi continui, perpetrati da soggetti vicini alla vittima, come i *caregiver* (trauma intrafamiliare), costringendo l’individuo a vivere all’interno del cosiddetto “ambiente cronicamente traumatico” (Winnicott, 1965, in Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 105). Riprendendo questo concetto, Masud Khan (1963, in Lingiardi & Gazzillo, 2014, p.99) ha introdotto la nozione di “trauma cumulativo” per identificare i traumi relazionali continuativi che il bambino non sa governare e che lo portano a un fallimento nell’integrazione dell’Io e a un’aggressività verso se stesso (autolesionismo non suicidario).

#### 1.1 Teorie a confronto

Nei seguenti paragrafi verranno esposte alcune delle principali teorie riguardanti il trauma cronico e la correlazione tra quest’ultimo e la frammentazione e dissociazione del Sé, che può portare anche ad atteggiamenti aggressivi verso la propria persona.

### **1.1.1 Trauma e isteria**

#### **Jean-Martin Charcot e Pierre Janet**

Uno dei primissimi studiosi a definire il trauma psicologico è stato il neurologo francese Jean-Martin Charcot negli anni '70-'80 dell'Ottocento. Inizialmente Charcot si occupò di traumatizzati coinvolti in incidenti ferroviari, notando come traumi fisici potessero portare talvolta a problemi psicologici simili a quelli che ora indicheremmo come sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS). Fu verso la fine dell'Ottocento al ricovero *La Salpêtrière* di Parigi che Charcot ottenne una grande fama, grazie alle sue innovative scoperte e alle sue "Lezioni del martedì", a cui parteciparono molte personalità dell'epoca. In queste lezioni, Charcot spiegava gli esiti dei suoi studi riguardanti l'isteria; inizialmente infatti, l'isteria era concepita come frutto di un'irritazione degli organi sessuali femminili e come finzione delle donne, siccome queste presentavano sintomi fisici in assenza di lesioni organiche. Charcot respinse questa ipotesi e introdusse il concetto di "isteria traumatica" (Charcot, 1876, in Bonomi, 2000, p. 5), dimostrando come non solo traumi fisici, ma anche psichici, potessero portare alla comparsa di paralisi isteriche post-traumatiche. Nel 1882, Charcot scoprì che le paralisi, le convulsioni, l'amnesia e la perdita di sensibilità in alcune aree del corpo potevano essere procurate anche attraverso l'ipnosi, segno che questi sintomi potessero essere quindi manifestazioni a carattere psicologico e dovuti a traumi passati (PsychiatryOnline, n.d.; Bonomi, 2000). I sintomi, secondo Charcot, non erano provocati da danni fisici causati dal trauma, ma dalle idee sviluppate attorno ad esso: "... Il fattore essenziale è l'emozione, lo shock morale che accompagna la violenza ..." (Charcot, 1897, p. 517). L'isteria venne pertanto concepita come una malattia psicologica e venne definita da Charcot "La Grande Nevrosi" (1878).

Tra fine Ottocento e inizio Novecento presero forma le idee di Pierre Janet, psicologo e filosofo allievo di Charcot, che si occupò molto di psicotraumatologia. Janet riconduceva i sintomi isterici alla frammentazione della personalità; questi frammenti, secondo l'autore, avevano origine nel passato dell'individuo, ed erano considerati il frutto di esperienze traumatiche (Janet, 1889, 1909, 1911, in Lingiardi & Mucci, 2014). Pertanto, Janet diede particolare rilievo al trauma avvenuto durante lo sviluppo cognitivo e affettivo dell'individuo che porta, secondo l'autore, a un effetto disaggregante sulla psiche della persona e allo sviluppo di personalità dissociate; in 257 su 591 casi esaminati dall'autore,

infatti, le psicopatologie erano attribuibili a traumi passati (Crocq, De Verbizier, 1989, in Craparo, Ortu & Van der Hart, 2020). È necessario innanzitutto descrivere il concetto di memoria definito da Janet al fine di comprendere a pieno la sua teoria. Secondo l'autore, la memoria è un apparato che si trova alla base dell'organizzazione della mente ed è caratterizzata da fluidità, regolarità e ordine. È un sistema categorizzante ed integrante, capace di attribuire un senso, un significato, a tutte le esperienze e gli eventi della vita (Janet, 1889). Per Janet esistono due differenti tipologie di memoria; la prima è la memoria narrativa, quella consapevole, conscia (esplicita); la seconda è la memoria automatica, subconscia e quindi comprendente ricordi non accessibili consciamente (implicita) (Janet, 1889). Fu proprio Janet a coniare il termine "subconscio" per riferirsi ai ricordi automaticamente immagazzinati in memoria (Janet, 1907 in Craparo, Ortu & Van der Hart, 2020). Talvolta, individui che sono stati soggetti a esperienze emozionali troppo intense non riescono ad averne ricordi vividi, o addirittura ad integrarle nella memoria dichiarativa. Questo avviene soprattutto in seguito ad eventi terrorizzanti, traumatizzanti: i ricordi vengono così dissociati dalla coscienza e dal controllo volontario (Bonomi, 2000). La mancata integrazione delle esperienze e la dissociazione da esse genera la comparsa di ricordi traumatici, definiti "idee fisse subconscie" (o "frammenti scissi di personalità") (Janet, 1889), perché percepiti come estranei alla propria personalità cosciente. Anche se subconscie, queste idee possono continuare ad influenzare le percezioni, gli stati mentali e i comportamenti dell'individuo. L'origine delle idee fisse è dunque da ricercare nel fallimento della capacità di fornire un senso a esperienze passate (Janet, 1889).

### **1.1.2 Josef Breuer e Sigmund Freud**

Le preziose riflessioni cliniche di Charcot e Janet vennero colte e approfondite successivamente da altri autori come Josef Breuer, fisiologo e medico austriaco che contribuì alla nascita della psicoanalisi insieme a Sigmund Freud. Breuer scrisse tra 1892 e 1895, proprio insieme a Freud, il testo "Studi sull'isteria", dove i due autori descrissero la propria ipotesi riguardante la nascita della patologia isterica. Secondo la teoria di Breuer e Freud l'isteria nasce a seguito di un trauma psichico; gli autori ripresero da Janet il concetto di "dissociazione", evidenziando la frequente incapacità dell'individuo di provare ed esprimere emozioni legate a un'esperienza traumatica; queste emozioni

possono tuttavia riunirsi a formare un alterato stato di coscienza, inaccessibile alla consapevolezza (Breuer & Freud, 1895). Questo stato è definito da Breuer come “stato ipnoide”, per le similitudini che gli autori hanno riscontrato tra questa condizione e l’ipnosi stessa: “... sicura è divenuta la nostra convinzione che quella scissione della coscienza così sorprendente nei noti casi classici di *double conscience* [coscienza doppia], esiste in stato rudimentale in ogni isteria, e che la tendenza a tale dissociazione e quindi al manifestarsi di stati anormali della coscienza, che chiameremo congiuntamente "ipnoidi", è il fenomeno basilare di tale nevrosi ...” (Breuer & Freud, 1895, pp.182-183). La dissociazione provocata dal trauma porterebbe dunque, secondo i due autori, a sintomi somatici e a una forma di personalità multipla.

Sigmund Freud si agganciò inizialmente alle teorie sull’isteria traumatica di Charcot e collaborò con Breuer, sviluppando poi una propria concezione di esperienza traumatica. Freud definì gli eventi traumatici come esperienze a cui il soggetto non è in grado di reagire e che perciò non dimentica, mantenendole nella psiche a livello inconscio (Freud, 1892). Per Freud gli agenti traumatici sono tutte quelle esperienze che provocano “... gli affetti penosi del terrore, dell’angoscia, della vergogna, del dolore psichico ...” (Freud, 1892, in Moccia et al., 2010, p.14). Nella sua “Teoria della Seduzione” (1893-1897) Freud identifica il trauma come momento seduttivo all’interno della vita del bambino, il quale non risponde allo stimolo perché non ancora pronto per avere un’eccitazione sessuale. Questa vicenda tuttavia non è immediatamente traumatica ma lo diventa solo successivamente, quando l’individuo ne fa un’elaborazione intrapsichica durante l’adolescenza, nel periodo di risveglio sessuale (Freud, 1892-1895, in Moccia et al., 2010).

Freud ideò inoltre il concetto di “conflitto intrapsichico” (Freud, 1923, in Moccia et al., 2010), quando si rese conto che molte delle sue pazienti avevano delle resistenze nel racconto della propria esperienza traumatica precoce. Questa riluttanza, secondo l’autore, è provocata dalla rimozione, ovvero dall’allontanamento dalla coscienza dei ricordi spiacevoli. I sintomi isterici sarebbero quindi provocati dai ricordi traumatici che continuano ad agire nell’inconscio del paziente (Freud, 1895, in Moccia et al., 2010).

### 1.1.3 Sandor Ferenczi

Un'altra rilevante teoria è di Sandor Ferenczi, che definì il trauma come un "processo che ha luogo in colui che subisce un'aggressione da parte di una forza schiacciante" (Ferenczi, in Vallino, p. 5). Ferenczi nel suo testo "Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione" (1932) afferma che il trauma relazionale è alla base di molte psicopatologie del bambino e dell'adulto. Secondo l'autore il trauma è vissuto dal bambino come una forma di continua indifferenza nei suoi confronti da parte delle figure genitoriali. Esso è visto come conseguenza del diniego dei bisogni del bambino, a favore di quelli del genitore; non è concepito unicamente come effetto di eventi clamorosi, ma anche come risultato di negazioni, noncuranze e fraintendimenti da parte del *caregiver* (Ferenczi, 1932). Se l'adulto continua a fraintendere le richieste del bambino utilizzandolo per i propri scopi, egli può incorrere in uno shock. Ferenczi vede il trauma come causa di una dissociazione verticale tra parti del Sé; l'autore afferma che: "... non c'è trauma né spavento che non abbia come conseguenza un accenno di scissione della personalità ..." (Ferenczi, 1932, p. 98). Il trauma che avviene durante il processo evolutivo del bambino porta quest'ultimo ad arrendersi all'adulto che lo aggredisce, rinunciando a tutto ciò che prova e desidera; la vacuità provocata da questa rinuncia può generare un processo di identificazione con l'aggressore (Psychomedia, n.d.). Crescendo nell'ambiente maltrattante, il bambino continuerà a sperimentare processi dissociativi, che lo condurranno a una frammentazione del proprio Sé, e allo sviluppo di diverse personalità distinte e di capacità relazionali problematiche. Ferenczi definisce la scissione che viene a crearsi nell'individuo "autoscissione narcisistica" (Ferenczi, 1931) e la identifica come tentativo del bambino di evasione ai sentimenti negativi che prova ("la fuga quando non c'è via di fuga", Putnam, 1992, in Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 104) (Psychomedia, n.d.). Il trauma cumulativo porta così ad avere diverse rappresentazioni del Sé non connesse in una soggettività unica, Ferenczi le identifica come personalità distinte "... di cui ciascuna non sa nulla dell'altra ..." (Ferenczi, 1932, p. 99), dissociazioni molteplici formatesi in seguito ad una moltitudine di esperienze avverse. Il bambino si sente impotente e per evitare emozioni troppo dolorose entra in uno "stato ipnoide", iniziando a vedersi dall'esterno, come se guardasse un'altra persona. Questo fa sì che le esperienze non vengano più

percepito come proprio dal soggetto, non essendo quest'ultimo in grado di elaborare una riflessione su di esse né di attribuire loro un significato personale (Psychomedia, n.d.).

## **1.2 Teorie contemporanee sul trauma**

In questi paragrafi ci si concentrerà sulle teorie di alcuni autori contemporanei che si sono occupati di trauma e conseguente dissociazione della personalità, prendendo in considerazione ancora una volta il trauma cumulativo e i suoi esiti sulla psiche dell'individuo.

### **1.2.1 Onno Van der Hart e Bessel Van der Kolk**

Onno Van der Hart è uno psicologo, psicoterapeuta e professore di Psicopatologia della Traumatizzazione Cronica presso l'Università di Utrecht (Olanda).

L'autore definisce innanzitutto il trauma come una ferita biopsicosociale, conseguente quindi a fattori psicologici, biologici, sociali e ambientali, che lui vede come profondamente intrecciati (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Inoltre, Van der Hart considera l'esposizione a eventi traumatici e stressanti nel corso dell'infanzia come fattori eziologici dominanti per quanto riguarda la comparsa di sintomi dissociativi (Van der Hart et al., 2006).

Van der Hart, Nijenhuis e Steele (2006) hanno ripreso le principali teorie del XIX secolo sulla dissociazione, in particolare quella di Janet, e hanno formulato il concetto di "dissociazione strutturale della personalità". Quest'ultima è considerata da Van der Hart come una mancanza nella capacità di integrare le varie parti della personalità, che rimangono, così, dissociate. Van der Hart si è concentrato, nello specifico, sulla dissociazione come conseguenza di un trauma, acuto o cronico. La dissociazione peritraumatica secondo Van der Hart et al. (2006) è una divisione della personalità dell'individuo che può comparire in seguito ad esperienze avverse o ad episodi traumatici. L'autore ha usato appositamente il termine "divisione" all'interno della sua definizione perché la dissociazione non è vista come una netta separazione, le diverse componenti risultano infatti lo stesso connesse a formare l'intero sistema della personalità (Van der Hart et al., 2006). Quest'ultima ha la tendenza, in soggetti non traumatizzati, a rimanere integrata e a legare le varie esperienze della vita, le sensazioni e le emozioni provate, in un insieme coeso, cosa che non avviene in individui che hanno subito traumi e

dissociazione (Van der Hart et al., 2006). Van der Hart et al. aggiungono inoltre che l'individuo traumatizzato cerca continuamente di isolare gli affetti negativi connessi alle esperienze dolorose; vengono in questo modo evitati i ricordi traumatizzanti, spaventosi, mantenendo quella che gli autori definiscono "una facciata di normalità" (Van der Hart, et al. 2006, in Lingiardi & Gazzillo, 2014 p. 121). Questa facciata è definita come una parte "Apparentemente Normale della Personalità" (ANP), contrapposta a un'altra detta "Emozionale" (EP); la prima si occupa di mantenere una parvenza di normalità nella vita quotidiana, nonostante il trauma vissuto, evitando i ricordi spiacevoli; la seconda risponde invece alle minacce percepite, rimanendo comunque bloccata perennemente sulle esperienze negative passate. Inoltre, tanto più è grave la traumatizzazione, e più complessa risulterà la dissociazione conseguente, che potrà essere primaria, secondaria o terziaria: la dissociazione appare tanto più grave quante più parti ANP o EP sono presenti nella personalità del paziente (Van der Hart et al., 2006). In aggiunta a questo, Van der Hart e Nijenhuis (2006) distinguono due categorie di sintomi dissociativi, psicofornici e somatofornici. Alcuni di essi sono amnesia, perdita di interesse, flashbacks degli eventi traumatici, pensieri negativi, sofferenza e dolore (anche fisico). Il dolore provato può essere a volte talmente forte da portare i soggetti ad atti lesivi nei propri confronti; questi sono vissuti come tentativi di sfogo e sollievo, come *problem-solver*, che in certe circostanze possono scaturire anche nella morte del soggetto, nonostante non fosse l'intento del paziente (Van der Hart, Boon & Steele, 2014).

Un altro autore che si è occupato e si occupa tutt'ora di trauma e stress post-traumatico è Bessel Van der Kolk, psichiatra, educatore e professore olandese. È stato, inoltre, uno dei primi ricercatori a correlare i comportamenti autolesivi al trauma subito in età precoce (Van der Kolk, 1984). Egli ha collaborato frequentemente con Van der Hart, e insieme hanno apportato molti contributi nel campo della psicotraumatologia. Van der Kolk ha eseguito numerosi studi sul trauma infantile ed in particolare intrafamiliare; prendendo in considerazione varie ricerche eseguite nei decenni passati, Van der Kolk si è concentrato sulla gravità del trauma ripetuto nei confronti del bambino, differenziandolo dal trauma isolato. Quest'ultimo infatti è meno impattante sul funzionamento dell'individuo: "... Episodi traumatici distinti ed isolati possono produrre risposte biologiche e comportamentali discrete [...] senza necessariamente coinvolgere la totalità dell'identità della persona ..." (Van der Kolk, 1996, in Lingiardi, 2014, p.107). Il trauma cronico ha

invece un effetto pervasivo e devastante sui processi biologici e psicologici del soggetto; a questo proposito Van der Kolk parla di “atmosfera traumatica” (Van der Kolk, 1996, in Lingiardi, 2014, p.107), sottolineando come questa sia talvolta presente all’interno della vita del bambino e in particolare nel suo rapporto col *caregiver*, provocando l’utilizzo di stili difensivi e meccanismi di *coping* primitivi nell’individuo, che può arrivare a sviluppare disturbi dissociativi e dell’identità (Van der Kolk, 1996).

Classicamente il trauma complesso è stato definito come una moltitudine di esperienze traumatiche precoci, croniche e prolungate, di natura interpersonale e spesso proprio all’interno della relazione tra bambino e *caregiver* (Farina & Liotti, 2011; Cook, Blaustein, Spinazzola & Van der Kolk, 2003). Van der Kolk è arrivato a dare una nuova etichetta diagnostica al quadro che presenti sintomi di dissociazione, somatizzazione e alterazione della regolazione emotiva, denominandolo “*Developmental Trauma Disorder*” (2005), proprio perché compare durante lo sviluppo dell’individuo. Questo disturbo è causato, secondo l’autore, da esposizioni continue a traumi interpersonali come trascuratezza e abbandono, abusi fisici o sessuali ed episodi di violenza domestica (Van der Kolk, 2005). Tutto ciò può portare a severe conseguenze in molte aree del funzionamento del bambino; Van der Kolk (2000) individua in particolare 5 effetti a lungo termine causati dal trauma cumulativo (in Lingiardi, 2014, p. 116): iperattivazione generalizzata e difficoltà nei processi di autoregolazione (aggressione contro sé stessi e altri, mancanza di controllo sugli impulsi sessuali, problemi nell’attaccamento); alterazione dei processi neurobiologici legati alla discriminazione dello stimolo (problemi di concentrazione, dissociazione, somatizzazione); risposte condizionate di paura agli stimoli legati al trauma (evitamento di situazioni minacciose o che ricordano le esperienze negative); alterata facoltà di attribuzione di significato (con perdita di fiducia e di speranza); evitamento sociale (perdita di relazioni d’attaccamento significative e scarsa capacità di progettazione per il futuro). Per quanto riguarda il sintomo dissociativo, Van der Kolk lo ha anche correlato alla comparsa di comportamenti autolesivi, scoprendo come questi fattori siano strettamente legati tra loro (1991); questo argomento verrà trattato in maniera approfondita nei prossimi capitoli.

### 1.2.2 Benedetto Farina e Giovanni Liotti

Altri due autori contemporanei, Benedetto Farina e Giovanni Liotti, entrambi psichiatri e psicoterapeuti, si sono occupati molto di trauma e dissociazione, ponendo particolare attenzione allo stile di attaccamento del bambino traumatizzato con il proprio *caregiver*. I due autori definiscono i fenomeni dissociativi come molto frequenti all'interno di psicopatologie ad eziologia traumatica. Farina, Liotti et al. hanno identificato la dissociazione causata dal trauma come una dimensione psicopatologica ben definita, denominandola "dimensione dissociativa" o "dissociativo traumatica" (2011). I due autori collegano trauma e dissociazione evidenziando come entrambi definiscano una disconnessione e disintegrazione nel soggetto. L'individuo traumatizzato, a causa dei deficit nelle capacità integrative provocati dal trauma, potrebbe non riuscire a dare un significato coerente all'esperienza traumatica, e a non inserirla all'interno dell'insieme ordinato di memorie, di informazioni e di strategie comportamentali che formano la sua identità (Farina & Liotti, 2011).

È importante ricordare, inoltre, come le esperienze traumatiche precoci possano condurre allo sviluppo di una personalità fragile e a un senso di sé distorto. Questo avviene soprattutto se il trauma è perpetuato dal *caregiver*; il bambino può arrivare a non sviluppare una buona immagine di sé stesso, della propria efficacia, della propria importanza, e potrebbe anche non avere fiducia in sé stesso, né tanto meno nell'altro, perché identificato come abusante nei suoi confronti (Farina & Liotti, 2011). Questo concetto è stato analizzato anche da ricercatori come Bateman e Fonagy (2004), i quali hanno introdotto il termine "Sé alieno" per identificare "... una struttura infantile interiorizzata all'interno e in luogo del Sé ..." (Bateman & Fonagy, 2002, p.323, in Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 138) contenente la cattiveria dell'oggetto temuto e il tentativo del Sé di affrontarla, attraverso il meccanismo di difesa di identificazione con l'aggressore (Fonagy & Target, 2001, in Lingiardi & Gazzillo, 2014). Il Sé alieno si viene a creare quando i comportamenti non rispecchianti, traumatici, spaventosi e minacciosi perpetrati dal *caregiver* portano a un attaccamento disorganizzato e ad una frammentazione del Sé nel bambino (Bateman & Fonagy, 2004). Peter Fonagy e Antony Bateman hanno introdotto anche il concetto di "mentalizzazione" (2006), una "... attività mentale immaginativa che porta a percepire ed interpretare i comportamenti propri ed altrui come il risultato di stati mentali interni ed intenzionali, e cioè appunto come il

risultato di desideri, credenze, aspettative, bisogni, obiettivi e sentimenti ...” (Bateman & Fonagy, 2006, in Sacchetti, 2018, n.d.). La capacità mentalizzante si instaura durante i primi anni di vita dell’individuo e si sviluppa nella sua infanzia, tramite una buona relazione tra bambino e *caregiver*. Se l’adulto non è in grado di rispecchiare le esperienze soggettive del bambino e i suoi stati d’animo, quest’ultimo non avrà un buon sviluppo del suo Sé e non sarà capace di sviluppare a sua volta competenze di auto-riflessività (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Il bambino, dopo aver tentato un controllo sul genitore che lo maltratta, si identificherà con lui, interiorizzando l’intenzione del suo aggressore in una struttura definita “Sé alieno” (Bateman & Fonagy, 2006, in Lingiardi & Gazzillo, 2014). L’individuo percepirà l’intento dell’abusante come se fosse interno al proprio Sé, determinando un forte odio per se stessi, mancanza di autostima, un eccessivo criticismo verso se stesso e un’aggressività verso il proprio essere, che potrebbero sfociare nella successiva comparsa di azioni autolesioniste rivolte contro la propria persona (Bateman & Fonagy, 2006). Questa rottura nel processo di mentalizzazione può provocare una forma di fobia nei riguardi dell’attività di mentalizzazione stessa; il bambino inizierà quindi ad evitare tale attività per paura di percepire i sentimenti negativi e ostili del genitore nei suoi confronti (Fonagy & Luyten, 2018): tutto ciò avrà un forte impatto sullo sviluppo futuro delle capacità dell’infante, a livello emotivo, cognitivo e sociale. Fonagy et al. (2002, in Fonagy & Luyten, 2018) pongono l’attenzione anche sui meccanismi di pre-mentalizzazione che il bambino attiva prima di apprendere la mentalizzazione; questi meccanismi possono tornare utili all’individuo che non è in grado di mentalizzare a causa dell’ambiente traumatico in cui vive. I meccanismi individuati sono tre: l’equivalenza psichica (rappresentazioni mentali e realtà esterna non sono distinte), la modalità teleologica (vengono considerati solo effetti tangibili di emozioni e bisogni) e la modalità del far finta (dove si verifica una pseudo-mentalizzazione) (Fonagy, 2002, in Lingiardi & Gazzillo, 2014). È importante, secondo Fonagy, comprendere questi aspetti perché a volte appaiono collegati con l’esternalizzazione dei sentimenti di odio verso se stessi. Il bambino può percepire alcuni aspetti di sé e della propria esperienza come interni al proprio Sé e allo stesso tempo alieni, e questo può provocare una contraddizione che può condurre l’infante ad esercitare comportamenti esternalizzanti o internalizzanti (Bateman & Fonagy, 2006, in Lingiardi & Gazzillo, 2014). Questi comportamenti sono un tentativo di controllo alla confusione percepita; può comparire

dunque la tendenza a dominare gli stati mentali dell'altro e/o l'utilizzo di gesti autolesivi (Fonagy & Target, 2000). Il soggetto identifica nella violenza e nella distruzione dell'altro la liberazione dalla parte di sé che egli percepisce come aliena. Inoltre, Bateman e Fonagy considerano autolesionismo, tentativi di suicidio, relazioni disfunzionali e atti impulsivi di violenza come conseguenze dirette dell'incapacità di mettere in atto l'attività di mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2006, in Lingiardi e Gazzillo, 2014; Migone, 2015). Qui, i due autori riprendono in considerazione le procedure di pre-mentalizzazione che possono essere utilizzate dal soggetto: l'autolesionismo può essere conseguenza di una mancanza di autostima derivante dall'impiego della modalità di equivalenza psichica (Bateman & Fonagy, 2006). Inoltre, la modalità teleologica, fa sì che l'individuo creda che soltanto un atto che abbia evidenza fisica possa effettivamente modificare stati soggettivi. Dopo l'atto autolesionista infatti, il soggetto prova sollievo e percepisce una maggiore coesione del Sé (Bateman & Fonagy, 2004 in Lingiardi e Gazzillo, 2014).

### **1.3 Trauma e neuroscienze**

È stato appurato come la traumatizzazione cronica e precoce interferisca con lo sviluppo del bambino a livello neurobiologico. Come sottolinea Van der Kolk (2003), cervello corpo e mente sono interconnessi, e un'alterazione di una di queste vie influenza inevitabilmente anche le altre. In presenza di traumi continui avvengono molti cambiamenti a livello neurologico e biochimico; inoltre, le aree cerebrali che vengono attivate maggiormente sono quelle che fanno parte del cervello rettiliano, controllate quindi dal sistema nervoso simpatico. È emerso inoltre come in situazioni particolarmente paurose e traumatizzanti i soggetti dispongano di reazioni autonome utili alla sopravvivenza (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2009).

#### **1.3.1 Cervello tripartito e trauma**

Negli anni '70 del '900 Paul MacLean ha teorizzato un modello di funzionamento cerebrale per cui il cervello umano sarebbe diviso in tre parti distinte, funzionanti secondo una precisa gerarchia; essa è definita appunto "teoria del cervello tripartito" (o trino) (MacLean, 1973). Le basi di questa teoria sono da ritrovare negli studi della psicologia evoluzionista; in particolare MacLean riprende la teoria di John Hughlings Jackson (1873) riguardante lo sviluppo del sistema nervoso, che vede strutture funzionali arcaiche

e automatiche a un livello inferiore, per poi arrivare a strutture superiori sempre più complesse e recenti, legate al controllo volontario, capaci di modulare le strutture inferiori. Il cervello viene così suddiviso in: cervello rettiliano, cervello mammaliano e neocorteccia. Il cervello rettiliano comprende le aree del tronco dell'encefalo e dell'ipotalamo ed è responsabile delle competenze di base e non volontarie dell'individuo quali *arousal*, sonno/veglia, fame/sazietà, respirazione, equilibrio biochimico. Successivamente vi è il cervello mammaliano, composto dal sistema limbico, ovvero l'insieme di strutture che regola la vita relazionale ed emotiva. Una struttura molto importante del sistema limbico è l'amigdala; essa si occupa di innescare le risposte autonome come aumento del battito cardiaco e pressione sanguigna, attivando inoltre i circuiti della difesa, permettendo all'individuo di attuare reazioni di attacco-fuga o di *freezing* in situazioni pericolose, paurose, spaventanti (Breedlove et al., 2009).

L'ultima sezione del cervello, e la porzione più esterna, è la neocorteccia, la regione più recente in termini evolutivi; essa differenzia l'uomo dagli altri mammiferi per le funzioni volontarie e relazionali che permette di mettere in atto. L'isocorteccia consente infatti il ragionamento logico, la pianificazione e coordinazione delle azioni, la capacità di provare empatia e la percezione del senso del tempo e dello spazio (Breedlove et al., 2009).

In caso di trauma, l'equilibrio tra le tre aree cerebrali citate viene meno; infatti, in un momento di minaccia, il sistema nervoso autonomo si attiva per produrre reazioni utili a contrastarla. Il sistema nervoso simpatico inizia così a rilasciare gli ormoni dello stress (cortisolo e catecolamine) per permettere al corpo la preparazione alle risposte comportamentali; queste possono essere la lotta (*fighting*), la fuga (evitamento della minaccia), l'immobilità (*freezing*) o il rivolgimento contro il sé (*reversal*) (Fraiberg, 1982, in Lingiardi & Gazzillo, 2014). Le reazioni appena elencate sono anche comportamenti difensivi utilizzati dai bambini per fronteggiare il trauma perpetuato dalle figure di attaccamento. Successivamente, quando il momento di pericolo cessa, il sistema nervoso parasimpatico dovrebbe riportare il corpo a uno stato di riposo, cosa che non avviene nei soggetti che subiscono traumi in maniera continua (o che soffrono di DPTS) (Breedlove et al., 2009). In soggetti traumatizzati infatti, le aree superiori del cervello potrebbero non riuscire a contrastare la continua percezione di minaccia rilevata dall'amigdala, facendo sì che i soggetti perdano il controllo delle proprie risposte automatiche, arrivando a presentare reazioni di angoscia prolungate (PsychCentral,

2018). È importante che nell'individuo tutte le strutture cerebrali siano quindi in armonia, perché se uno solo dei tre circuiti viene attivato ripetutamente, esso può divenire lo schema predefinito di risposta alle situazioni. Ciò può provocare una disconnessione tra funzioni fisiologiche e pensiero, non permettendo alle aree superiori di elaborare le informazioni nella maniera opportuna (PsychCentral, 2018).

## CAPITOLO 2

### TRAUMA E DISSOCIAZIONE

Il termine “dissociazione” è utilizzato per identificare un processo neuropsicologico che provoca la perdita di aspetti fondamentali della coscienza vigile, ovvero la coscienza di sé e del tempo, così come degli eventi esterni: “la dissociazione è la perdita della capacità della mente di integrare alcune sue funzioni superiori” (Dutra et al. 2009, Waller et al., 1996 in Farina & Liotti, 2011). Alcuni processi psichici dell’individuo restano così disconnessi dal restante sistema psicologico dell’individuo; la dissociazione è caratterizzata inoltre da una rottura nel senso di identità dell’individuo e da disturbi della memoria (Nemiah, 1980). Una struttura mentale coerente richiede una rappresentazione organizzata degli eventi, sia interni che esterni; questi dovrebbero essere interconnessi e riguardare percezioni sensoriali, risposte comportamentali e affettive adeguate, così come una giusta comprensione delle situazioni in cui ci si trova nel corso della vita (Schauer & Elbert, 2010). Esperienze minaccianti e soverchianti per l’individuo possono interferire con la normale integrazione degli elementi cognitivi, emotivi e sensoriali, e con l’inclusione dei momenti traumatici nella memoria dichiarativa del soggetto, non permettendogli di poter raccontare l’accaduto, e talvolta, nemmeno di ricordarlo (Schauer et al., 2010). La dissociazione può essere posta, secondo alcuni autori, lungo un continuum, dagli episodi della vita di tutti i giorni che possono generare una perdita di contatto con la realtà (che risulta, in questo caso, essere momentanea), fino a un completo distacco da essa, che conduce a non avere più una buona consapevolezza di se stessi, dei propri ricordi, delle proprie emozioni (PsychiatryOnline, n.d.). Alcuni autori tra cui Van der Hart (2005) e Barlow e Freyd (2007), hanno dimostrato come la dissociazione possa identificare alcune alterazioni della coscienza come sognare ad occhi aperti, assorbimento del pensiero, confusione immaginativa e alterazioni della percezione temporale, provocate ad esempio da trance e ipnosi. Barlow e Freyd (2007), hanno inoltre suddiviso il concetto di dissociazione in “normale”, che compare per esempio durante l’ipnosi, o

nella fantasia, o talvolta durante i rituali religiosi, e dissociazione “conseguente al trauma”, quest’ultima caratterizzata da alterazioni dell’identità involontarie come, ad esempio, quando vi è depersonalizzazione.

Come è stato ripetuto più volte nel corso del primo capitolo, un individuo sottoposto a traumi cronici può subire una dissociazione delle proprie funzioni mentali; come riferisce la definizione fornita dall’Associazione italiana per lo Studio del Trauma e della Dissociazione: “... alcune funzioni della mente subiscono una "disorganizzazione" che è inizialmente funzionale a superare la condizione di minaccia, ma che nel tempo genera una alterazione pervasiva e persistente del funzionamento dell'individuo, provocando la "dis-integrazione" di molti aspetti del suo assetto fisiologico, corporeo, psichico e comportamentale...” (AISTED, 2017).

È bene ricordare che la parola “dissociazione” in psicopatologia si usa per riferirsi a tre tipologie di fenomeni; una categoria diagnostica del DSM, ovvero i “Disturbi Dissociativi”; i sintomi dissociativi; i processi causati da traumi che non consentono una buona coesione delle funzioni psichiche (AISTED, 2017). Il DSM-5 definisce così i disturbi dissociativi: "I disturbi dissociativi sono caratterizzati dalla disconnessione e/o dalla discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento. I sintomi dissociativi possono potenzialmente colpire ogni area del funzionamento psicologico” (American Psychiatric Association, 2013). I disturbi dissociativi appaiono quindi, secondo questa definizione, come disintegranti per la coscienza dell’individuo, che arriva a non percepire più una coerenza del pensiero e della percezione. In questo elaborato di tesi verranno analizzati in particolar modo i processi dissociativi causati da traumi nel corso dello sviluppo.

## **2.1 Dissociazione: aspetti descrittivi e strutturali**

È stato rilevato da più ricercatori come spesso le vittime di abuso infantile mettano in moto dei meccanismi di difesa per superare i momenti di crisi. In seguito a un evento traumatizzante infatti, il soggetto utilizza la dissociazione per allontanare dalla coscienza gli aspetti traumatici che sono fonte di terribili angosce; la funzione dissociativa ha quindi utilità adattiva e difensiva. Tuttavia, se nell’individuo questa difesa viene attivata continuamente, può diventare disadattiva e portare allo sviluppo di disturbi dissociativi;

secondo Tagliavini (2011) la causa della comparsa di questi ultimi è da ritrovarsi in un malfunzionamento delle funzioni superiori di coscienza; esse infatti non riescono ad integrare la memoria traumatica, che viene, però, registrata comunque dal corpo dell'individuo, così come direbbe Van der Kolk "The body keeps the score" (ovvero "Il corpo accusa il colpo") (Van der Kolk, 2014).

Riprendendo Janet (1889), il trauma porterebbe infatti a una "*désagrégation*" delle funzioni di coscienza; le funzioni di integrazione che Janet identifica sono principalmente la "sintesi personale", che permette di creare un insieme coerente di memorie ed esperienze, e la "funzione del reale", che comprende l'attenzione e l'azione volontaria, le quali a loro volta formano la "presentificazione" ("*presentification*"), ovvero la formazione nella mente del momento presente. I rapporti interpersonali e la consapevolezza dei propri e altrui stati d'animo sono iscritti, secondo Janet, nella funzione del reale ("*fonction du réel*") (Janet, 1889, in Lingiardi & Mucci, 2014). Il trauma provocherebbe un "cedimento strutturale" (Janet, 1889 in Farina & Liotti, 2011) e porterebbe alla disaggregazione di queste funzioni, e le memorie traumatiche condurrebbero quindi, secondo l'autore, alla nascita di personalità secondarie dissociate che potrebbero riemergere nella coscienza in diversi momenti della vita, provocando sintomi diversi tra cui somatizzazioni e preoccupazioni ossessive (Janet, 1889). Janet non è stato l'unico a fornire queste osservazioni; nello stesso periodo, anche Freud (1895) aveva proposto che la dissociazione fosse la chiave per comprendere i processi patogenetici alla base dell'isteria. Successivamente, nel corso del XX secolo, Kardiner riprende il tema della dissociazione rapportandolo al trauma vissuto dai veterani della Prima Guerra Mondiale; egli notò come i soldati tornati dalla guerra fossero fissati sulle esperienze traumatiche, rivivendole all'interno di stati dissociativi. Inoltre, i veterani sperimentavano stati di vigilanza continui ed erano molto sensibili alle minacce dell'ambiente circostante, tuttavia perdendo interesse nel mantenere un contatto con il mondo che li circondava (Kardiner, 1941, in Van der Kolk & Fisler, 1995, p. 507).

Un altro autore, Davies (1996) definisce la dissociazione "traumatica" e "rigida", indicandola come un processo psichico fondamentale all'individuo per poter funzionare in contesti angoscianti e traumatizzanti. Davies riferisce il termine "traumatica" perché individua la dissociazione patologica come dipendente da esperienze fortemente traumatiche, che portano a un'alterazione della struttura psichica. Questa alterazione

deriva dal tentativo di integrare rappresentazioni contraddittorie di Sé e dei genitori all'interno di una relazione abusante da parte di questi ultimi (ad esempio percependo il Sé come buono e al tempo stesso abusato, o i genitori come accidenti e contemporaneamente abusanti). Il termine "rigida" denota inoltre una netta divisione tra i confini dei vari ambiti di significato del soggetto che, proprio perché separati, possono portare allo sviluppo di psicopatologie severe; i significati della propria esperienza risultano infatti non comunicanti oppure appare impossibile accedere ai contenuti troppo tormentanti, che rimangono a uno stato primitivo (Davies, 1996). La dissociazione è dunque talvolta una reazione utile all'individuo traumatizzato per far fronte all'esperienza tremendamente negativa che sta vivendo. Alcune parti della mente del soggetto saranno a conoscenza dell'evento traumatico, mentre altre parti ne rimarranno all'oscuro, e saranno proprio queste ultime a permettere all'individuo di continuare la sua vita senza essere soverchiato dalla sofferenza (Davies & Frawley, 1994).

Specialmente se gli abusi sono ricorrenti e i traumi cronici, i soggetti iniziano ad utilizzare il meccanismo della dissociazione molto frequentemente, fino a non riuscire più ad avere un'integrazione coerente delle proprie esperienze. Nonostante, dunque, questo meccanismo sia in un primo momento utile perché protettivo in seguito ad una specifica situazione traumatica, la disconnessione che avviene può portare, a lungo termine, a una tendenza continuativa a dissociare (Putnam, 1997). Questa tendenza può diventare parte essenziale della personalità dell'individuo, caratterizzata da mancanza di integrazione e coesione tra le varie parti della coscienza (che può portare, a lungo termine, anche allo sviluppo di Disturbo Post-Traumatico da Stress) (Holen, 1993; Marmar, et al., 1994; Spiegel, 1991, in Van der Kolk, 1996). Le esperienze dissociative possono inoltre essere accompagnate da alienazione, intorpidimento (*emotional numbing*) e distacco da emozioni ed esperienze (Van der Hart et al., 2004). Un gruppo di ricercatori britannici ha proposto un'ulteriore classificazione dei fenomeni dissociativi (Brown, 2006; Holmes et al., 2005 in Farina & Liotti, 2011); la dissociazione, secondo questi autori, può esprimersi con due forme differenti di sintomi: quelli da "*detachment*" (distacco) e quelli da "*compartmentalization*" (compartimentazione). I primi si riferiscono a quelle esperienze che provocano un distacco da sé stessi e dalla realtà circostante e sono depersonalizzazione, derealizzazione, *emotional numbing*, *déjà-vu* e "*out of body experiences*" ("esperienze extracorporee") (Lanius et al, 2010, in Farina & Liotti, 2011).

I secondi nascono dalla suddivisione di funzioni che dovrebbero, normalmente, essere integrate come l'identità, la propria immagine di sé, la memoria, il controllo di emozioni e di movimenti, e sono: amnesie dissociative, emersione di memorie traumatiche, dissociazione somatoforme e alterazione del controllo delle emozioni; i sintomi da compartimentazione "... sono tipicamente conseguenze dello sviluppo traumatico e sembrano alterare la struttura stessa della personalità dell'individuo ..." (Farina & Liotti, 2011, p. 7). La "dissociazione strutturale di personalità" può essere considerata l'unione di tutte le manifestazioni che comprendono compartimentazione (Van der Hart et al., 2006, in Farina & Liotti, 2011, p. 7). Riprendendo dunque Van der Hart e Van der Kolk, di cui si è già parlato nel primo capitolo, si riporta l'attenzione alle tre diverse forme di dissociazione che possono emergere, secondo gli autori, in seguito a traumi cumulativi. Nella dissociazione primaria è l'esperienza traumatica ad essere divisa in parti, invece che integrarsi in un insieme coeso. Le esperienze traumatiche sono, tuttavia, solamente isolate dalla coscienza dell'individuo (ma spesso risperimentate attraverso *flashback*), non appaiono distaccate tra di loro. La dissociazione secondaria è causata dalla percezione dell'evento traumatico ma senza che il soggetto ne sperimenti l'impatto emotivo associato. Qui le componenti dell'esperienza sono divise: è possibile dunque ricordare il trauma ma non l'emozione ad esso collegata. La dissociazione terziaria coinvolge lo sviluppo di identità separate, ognuna contenente materiale emotivo e cognitivo che non è accessibile (o lo è solo in parte) alle altre (Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1996). È evidente dunque come la continua attivazione di un meccanismo dissociativo, utilizzato come modalità di *coping* per lo stress, possa generare difficoltà nell'affrontare situazioni nel presente e possa aumentare il rischio di sviluppo di una psicopatologia (Schauer et al., 2010). Un'altra teoria sulla dissociazione è la "*betrayal trauma theory*" di Freyd (1996); la sua teoria si basa sul concetto di attaccamento, e in particolare su due premesse: il bisogno di attaccamento dei bambini e l'evitamento, da parte della specie umana, da coloro che l'autore definisce "*cheaters*" ovvero "traditori". Tutti i bambini hanno bisogno di stabilire un legame di attaccamento con i propri *caregiver* allo scopo di soddisfare i propri bisogni primari (fame, sete, calore) e affettivi (cura e amore); in situazioni di necessità e di stress, il bambino attiverà alcuni comportamenti adattivi per richiamare l'attenzione del genitore, come per esempio il pianto. Se il *caregiver* sarà in grado di rispondere in maniera efficace alle richieste del

bambino, la relazione tra genitore e infante diventerà, grazie a questa interazione positiva, sempre più forte e sicura. Freyd (1996) evidenzia come gli esseri umani, similmente ad altri primati non umani, abbiano una forte motivazione ad evitare il tradimento da parte dei propri simili. Le soluzioni a questa esigenza possono essere, secondo l'autore, di due tipi: sfuggire ai traditori o, al contrario, fronteggiarli. Come è stato precedentemente accennato, nel bambino abusato da parte di una figura di accudimento primaria questi due espedienti entrano in conflitto. L'infante non può rischiare infatti di non raggiungere il soddisfacimento delle proprie necessità fisiche o emotive, per questo secondo Freyd è molto più adattivo non essere a conoscenza del trauma che si sta verificando. I bambini diventano così "ciechi" rispetto al tradimento che sta avvenendo per non minacciare una relazione da cui sono inevitabilmente dipendenti (Freyd, 1996). In questo caso quindi, secondo quanto teorizzato da Freyd, l'obiettivo della dissociazione non è sfuggire al dolore ma mantenere una relazione di attaccamento senza rendersi conto degli elementi che la stanno minacciando (Goldsmith, Barlow, & Freyd, 2004). È anche per questo, secondo Freyd, che l'abuso perpetrato da un *caregiver* può più frequentemente portare ad amnesie e dissociazione rispetto al trauma provocato da un estraneo (Freyd, 1996). Questa teoria è anche alla base delle concettualizzazioni sulla dissociazione di Liotti (1999), che ha preso in considerazione, come si è visto, in particolare il trauma all'interno di un contesto di disorganizzazione dell'attaccamento. Liotti non considera la dissociazione come "utile" all'individuo nella situazione traumatizzante, la ritiene anzi una conseguenza devastante per la psiche dell'individuo. Egli definisce la dissociazione come "una disgregazione primaria del tessuto della coscienza e dell'intersoggettività, mentre la protezione dal dolore è un aspetto secondario e collaterale che fra l'altro spesso fallisce" (Farina & Liotti, 2011, p. 85). Sempre secondo Liotti et al., durante la vita adulta il bambino traumatizzato può non ricordare l'evento che gli aveva provocato determinate emozioni, specialmente se negative; ciò può portare il soggetto a provare sensazioni improvvise, inaspettate, e negative come attacchi di panico, scoppi d'ira, interpretazioni malevole dei comportamenti altrui. Le manifestazioni appena elencate potrebbero condurre l'individuo allo sviluppo di una visione di sé ancor più negativa, così come a una capacità ancora più scarsa nelle relazioni interpersonali; questo avviene perché il soggetto ha già capacità autoriflessive scarse dovute ai traumi subiti durante la crescita (Farina & Liotti, 2011).

## 2.2 Trauma e risposte fisiologiche alla dissociazione

Nel corso del primo capitolo sono stati affrontati alcuni aspetti riguardanti il trauma e il suo collegamento con risposte corporee automatiche, mettendo in evidenza in particolare come il sistema simpatico e parasimpatico si attivino per far fronte a esperienze traumatiche. Secondo diversi autori (Farina & Liotti, 2011; Schauer & Elbert, 2010), le esperienze traumatiche soverchianti per il soggetto non permettono una reazione di difesa attacco-fuga, poiché l'individuo si sente troppo debole per combattere contro chi abusa di lui. Il soggetto abusato è così costretto ad attivare un meccanismo vagale, una risposta vagale troncoencefalica, che porge protezione in contesti traumatizzanti dai quali non si può scappare. Questa risposta permetterebbe all'individuo di sfuggire alla sofferenza del trauma generando una reazione di difesa, identificata con uno stato di morte apparente; ciò avviene attraverso immobilità e disattivazione delle funzioni mentali superiori (Farina & Liotti, 2011). Questo utile sistema di difesa provocherebbe tuttavia la disconnessione tra livelli superiori e inferiori della mente impedendo che il ricordo traumatico venga integrato nella psiche, causando anche scissione della memoria (Farina & Liotti, 2011). Partendo dalle ricerche riguardanti l'attivazione neurofisiologica dell'individuo traumatizzato, che presuppone l'applicazione continua dello stesso meccanismo di risposta (perché rinforzato ripetutamente in seguito a traumi continui) Schauer e Elbert (2010) hanno teorizzato la presenza di una reazione a catena composta da sei reazioni diverse conseguenti al trauma. Gli autori hanno innanzitutto evidenziato come alcune risposte dissociative possano aiutare l'individuo traumatizzato a non ricordare l'esperienza negativa, al fine di non integrarla in coscienza. (Schauer et al., 2010). Le situazioni traumatizzanti richiedono un adattamento fisiologico, caratterizzato da una difesa definita "a cascata". Questo tipo di reazione a catena può comprendere meccanismi di difesa attiva e di immobilità, attivati in modo diverso a seconda delle situazioni in cui il soggetto si trova e del meccanismo che il suo organismo si è abituato ad attivare. Le sei componenti di questa cascata sono: *freezing* (congelamento), *flight* (fuga), *fight* (attacco), *fright* (spavento), *flag* (spegnimento) e *faint* (svenimento) (Schauer et al., 2010). Le prime tre reazioni, di cui si è già accennato nel primo capitolo, sono controllate dal sistema nervoso simpatico; il *freezing* (o immobilità attenta) comprende ipervigilanza e iperarousal, infatti il soggetto è guardingo, in allerta, pronto a rispondere alla situazione; vi è tuttavia una inibizione della risposta allo spavento, definita "*fear bradycardia*" (il

battito cardiaco rallentato è dovuto alla paura estrema esperita, che tuttavia non viene ancora percepita consapevolmente); essa include anche inibizione motoria e focalizzazione dell'attenzione sulla minaccia percepita. Questa "pausa" prima degli stadi successivi è utile all'individuo per processare i dettagli contestuali ed è associata a una aumentata percezione sensoriale, utile a comprendere quale reazione mettere in moto in seguito (Schauer et al., 2010). Infatti, dopo il *freezing* troviamo il *flight* e il *fight*, due reazioni definite anche "*acute stress response*" (risposta allo stress acuto); quando viene percepita la minaccia, il corpo si attiva grazie al sistema nervoso autonomo, e si prepara a fuggire o attaccare (Schauer et al., 2010). Il corpo del soggetto inizia a percepire anche nausea, palpitazioni, visione sfocata, sentimenti di irrealtà e così via; questo è il momento appena prima della comparsa degli ultimi tre stadi della reazione. I tre restanti stadi sono attivati, a differenza degli altri, dal sistema nervoso parasimpatico: secondo gli autori sono proprio questi ultimi a determinare la risposta dissociativa, infatti è a questo punto che compaiono le varie forme di dissociazione (Schauer et al., 2010). La reazione di *fright* è messa in atto dal sistema nervoso dell'individuo durante una situazione molto paurosa, e produce immobilità tonica. Quest'ultima è caratterizzata da mancanza di responsività, analgesia, diminuita capacità di vocalizzazione e aumentata sensazione di allerta. L'immobilità garantisce all'individuo una reazione quiescente in presenza di stimoli molto negativi, senza reazioni di difesa o di fuga, lasciando la persona in uno stato di trance catatonica (Schauer et al., 2010). Questa trance compare quasi sempre, secondo gli autori, in persone che sono soverchiate da minacce che non riescono a combattere; l'immobilità è così una via per contrastare la rabbia provata nei confronti dell'aggressore (Schauer et al., 2010). Questa immobilità può comparire in molte situazioni: il bambino abusato fisicamente può, ad esempio, sottomettersi all'adulto abusante perché si rende conto di non poter soverchiare un individuo molto più forte di lui; oppure una persona abusata sessualmente rimane immobile per diminuire il rischio di ferite più gravi e profonde (Schauer et al., 2010). In situazioni molto traumatizzanti, gli individui finiscono per non integrare le informazioni somatiche nel proprio sé, sperimentando una depersonalizzazione, in cui le esperienze vissute sono percepite come "fuori dal proprio corpo"; ciò è dovuto al fatto che tutte le percezioni fisiche ed emotive vengono "spente" durante l'evento traumatico, appunto tramite l'immobilità (Schauer et al., 2010). Le successive reazioni dissociative al *fright* sono quelle di *flag* e *faint*: "immobilità flaccida"

e “svenimento”. L’immobilità flaccida ha un decorso e una scomparsa molto lenti. I muscoli, che nella reazione di *fright* erano rigidi, diventano flaccidi, i movimenti volontari scompaiono, e così anche la capacità di parlare (la bocca può aprirsi cercando di emettere dei suoni, ma senza alcun risultato soddisfacente). I muscoli dell’individuo iniziano a perdere tono, gli stimoli non vengono percepiti, i suoni appaiono lontani e gli stimoli visivi diventano irrealistici o scompaiono (derealizzazione), la persona finisce così per svenire (*faint*) (Schauer et al., 2010). Inoltre, vi è un’intensa sensazione di torpore, accompagnata da mancanza di integrazione in memoria di ciò che accade durante il trauma, così che la persona non riesca a ricordare anche per molto tempo quello che le è capitato; talvolta necessita di alcune ore per potersi orientare nuovamente nella realtà (Schauer et al., 2010). Secondo Schauer et al., gli individui che sono sottoposti frequentemente a stress e ansia elevati utilizzano anche comportamenti autolesivi per ridurre la tensione ed elevare il proprio umore. Il comportamento auto-mutilante mette in moto il meccanismo che porta allo stato di *flag*; infatti, i due autori hanno evidenziato come l’autolesionismo sia “utile” all’individuo per attivare la dissociazione nella forma, appunto, di immobilità flaccida. Se, durante un’esperienza traumatica, il battito cardiaco del soggetto aumenta significativamente grazie all’attivazione del sistema simpatico, al contrario, mettendo in atto comportamenti autolesivi, che attivano una risposta vasovagale, il battito e la pressione sanguigna diminuiscono. Inoltre, i pensieri e le preoccupazioni continue cessano, portando a una certa “calma” nell’individuo, che continuerà ad utilizzare meccanismi lesivi ogni qualvolta la traumatizzazione si presenterà (questo avviene molto spesso anche nei soggetti affetti da disturbo borderline di personalità) (Schauer et al., 2010).

### **2.3 Dissociazione e autolesionismo**

Alcuni autori (Briere, 2006; Černis, Chan & Cooper, 2019; Ford & Gómez, 2015; Karpel & Jerram, 2015; Klonsky, 2007; Nock, 2010; Piatigorsky et al., 2014; Sadeh, Londahl-Shaller; Schauer & Elbert, 2010). hanno evidenziato come la dissociazione abbia spesso un ruolo determinante nello sviluppo di atti autolesivi non suicidari. Secondo diversi studi, molti individui utilizzano infatti atti lesivi contro di sé per mettere fine alle sensazioni provocate dagli stati dissociativi esperiti. La dissociazione può provocare, come già accennato, sintomi cognitivi, emozionali e comportamentali tra i quali troviamo

senso di vuoto, intorpidimento, depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia, confusione, alterazione della propria identità e perdita di controllo. Gli individui che sperimentano questi sintomi molto negativi possono talvolta servirsi dell'autolesionismo, e del dolore fisico collegato ad esso, per combatterli (Karpel & Jerram, 2015). Il comportamento autolesivo non suicidario è un tentativo di riparare alla disregolazione emotiva che compare quando l'individuo prova dei sentimenti fortemente negativi: gli atti autolesivi funzionano dunque da sollievo all'emozione provata (Klonsky, 2007). Sono state identificate diverse caratteristiche nei soggetti che praticano atti autolesivi non suicidari, che possono a loro volta essere correlate con molti dei sintomi che compaiono anche negli stati dissociativi. In particolare, questi elementi sono: un *iper-arousal* in situazioni frustranti; tentativi di sopprimere pensieri e sentimenti spiacevoli; bassa tolleranza per lo stress e difficoltà a riprendersi dalle situazioni stressanti; difficoltà nel *problem-solving*; intenzionalità di autopunirsi; impulsività; alta tolleranza e diminuita sensibilità al dolore fisico; reazione analgesica al dolore (Ford & Gómez, 2015). Nock (2010) ha analizzato più a fondo le funzioni degli atti autolesivi, classificando questi atti in base alla funzione che tentano di svolgere; sono state identificate finalità intrapersonali e interpersonali. Le funzioni intrapersonali comprendono tutti i comportamenti volti al miglioramento delle sensazioni spiacevoli e alla riduzione dei sintomi negativi, di cui si parlerà meglio in seguito. Le funzioni interpersonali, invece, riguardano la possibilità di messa in atto di comportamenti lesivi contro di sé per regolare le relazioni con gli altri, richiamare l'attenzione, avere aiuto e supporto, e per stabilire rapporti più intimi con altre persone (Nock, 2010).

Anche altri autori, come Černis, Chan e Cooper (2019), si sono interrogate sull'utilizzo dell'autolesionismo non suicidario in pazienti con sintomi dissociativi, e hanno formulato un'ipotesi ulteriore. Le ricerche di queste autrici hanno ancora una volta evidenziato come l'autolesionismo venga utilizzato dagli individui per ridurre le sensazioni negative e i sintomi causati dalla dissociazione; come già detto infatti, gli atti autolesivi permettono una diminuzione delle emozioni negative e una possibilità quindi di superare gli stati dissociativi. Questo avviene soprattutto perché la stimolazione fisica ed emotiva genera la sensazione di sentirsi vivi (Černis et al., 2019). È stato anche sottolineato che, spesso, più grande è la dissociazione e maggiori sono gli atti autolesivi che gli individui mettono in atto; uno studio su 36 adolescenti con disturbo borderline di personalità ha evidenziato

come una più alta quantità di sintomi dissociativi correlasse positivamente con la maggiore frequenza di atti autolesivi; anche qui sono stati trovati i classici sintomi collegati alla dissociazione: disturbi dell'identità, sensazione di vuoto e disregolazione emotiva (Sadeh, Londahl-Shaller, Piatigorsky et al., 2014). Gli autori hanno elaborato anche un'ulteriore teoria riguardante autolesionismo e dissociazione: è stato ipotizzato che alcuni soggetti utilizzino l'autolesionismo per causare la dissociazione stessa (Černis et al. 2019). Il pensiero di questi autori implica che l'autolesionismo sia utilizzato come una via per "liberarsi" di esperienze negative e soverchianti; i soggetti utilizzerebbero atti lesivi contro di sé per inizializzare la dissociazione e arrivare a stati di intorpidimento. L'autolesionismo porterebbe quindi a un allentamento della tensione legata alle situazioni spiacevoli e a una diminuzione del malessere connesso alla sensazione di paura elicitata dagli stimoli negativi o traumatizzanti. Tuttavia, è stato anche rimarcato come i soggetti che utilizzano frequentemente questo metodo per superare le situazioni traumatiche possano sperimentare un forte stress dovuto alla mancanza di controllo su loro stessi e all'indebolimento delle proprie capacità cognitive, trovandosi, anche ripetutamente, in stati alterati di coscienza (Černis et al., 2019). Tutto questo può portare, anche qui, allo sviluppo di una psicopatologia oppure a una ritraumatizzazione futura (Schauer et al., 2010). Briere ha introdotto quest'ultimo concetto collegandolo ai sintomi dissociativi, indicandoli come fattori di rischio che rendono l'individuo meno responsivo e vigile nelle situazioni pericolose e quindi maggiormente soggetto a una futura violenza interpersonale (Briere, 2006).

## CAPITOLO 3

### TRAUMA INFANTILE E AUTOLESIONISMO IN ETÀ ADULTA

Nel corso degli anni, molti autori si sono interessati al ruolo che il trauma e la dissociazione in età evolutiva svolgono sullo sviluppo di comportamenti autolesivi in età adulta.

L'autolesionismo può comprendere finalità letali o non letali; è importante dunque ricordare che vi è una distinzione tra autolesionismo suicidario o non suicidario.

L'autolesionismo non suicidario, come definito dalla International Society for the Study of Self-Injury, è "... il deliberato, auto-inflitto danno provocato ai tessuti corporei senza l'intento suicidario e per scopi non autorizzati socialmente o culturalmente ..." (ISSS, 2018, n.d.). Questa definizione implica, come spiegato dall'associazione, diversi elementi importanti di cui tenere conto; innanzitutto, la lesione provocata dall'autolesionismo è intenzionale e prevista come conseguenza al gesto; inoltre, gli atti autolesivi risultano spesso in danni fisici immediati, che includono tagli, bruciature, graffi, segni sulla pelle (ISSS, 2018). La ISSS pone l'attenzione sul danno nell'immediato perché l'autolesionismo non suicidario non è legato a comportamenti che si sviluppano pian piano, come può essere la progressiva privazione di cibo da parte dell'individuo, ma è costituita da atti con conseguenze istantanee. Un altro aspetto da considerare è che il comportamento autolesivo non suicidario è diverso dal comportamento e dal pensiero suicidario; nell'autolesionismo non suicidario il soggetto non vuole porre fine alla propria vita, mentre al contrario un individuo con intenzionalità suicida mette in atto atteggiamenti autolesivi con, come scopo finale, la morte. L'ultimo punto su cui si concentra la definizione è l'approvazione culturale e sociale di alcuni atti lesivi nei confronti dei tessuti corporei; in effetti, alcuni gesti che comportano il danneggiamento della pelle non sono considerati autolesionisti (ad esempio il tatuaggio o il *piercing*) (ISSS, 2018). La classificazione degli atti autolesivi comprende quattro categorie principali, secondo molteplici autori: atti stereotipici, ovvero comportamenti ripetitivi che

non hanno motivazioni sociali o affettive (di solito sono collegati a disturbi dello sviluppo o disabilità); atti autolesivi maggiori, che comprendono atti infrequenti (e sono collegati spesso a quadri psicotici); atti compulsivi, quindi ritualistici e caratterizzati da problemi sul controllo dell'impulsività; e infine atti impulsivi, che possono essere episodici o ripetitivi e fungono da sollievo alla tensione ed elevazione dell'umore (Favazza, 2012). Inoltre, siccome lo scopo degli atti è di far fronte a determinate situazioni e superarle, essi non sono collegati al comportamento suicidario.

La più comune forma di autolesionismo è il *cutting* ("taglio"), ed è solitamente effettuato con rasoi, spilli o altri oggetti appuntiti; di solito le parti del corpo più colpite sono gli avambracci e la parte superiore delle gambe. Tuttavia, altre forme di autolesionismo comprendono le bruciature, i graffi, tirarsi peli e capelli, o picchiarsi con oggetti contundenti. È stato scoperto come gli individui che esercitano atti lesivi verso di sé impieghino spesso metodi differenti, o comunque nel corso della vita li hanno sperimentati (Favazza & Conteiro, 1988, in Lang & Sharma-Patel, 2011).

### **3.1 Trauma infantile, dissociazione e autolesionismo**

Diversi studi hanno tentato di comprendere come l'autolesionismo non suicidario potesse essere collegato a traumi infantili e dissociazione. È importante ricordare che la maggior parte degli autori che si è occupata di trauma e dissociazione correlandola a comportamenti autolesivi non suicidari ha evidenziato la mancanza di ideazione suicidaria nei soggetti abusati.

Connors (1996, in Smith, Kouros & Meuret, 2014) ha descritto l'autolesionismo come adattivo e preservante per la vita dell'individuo, identificandolo come un meccanismo di *coping* utile a fronteggiare maltrattamenti quali abuso, abbandono, perdita. Inoltre, secondo l'autrice, i gesti autolesivi sono utili al soggetto che ha un eccessivo *arousal*, o memorie intrusive, o sperimenta stati dissociativi, a regolare se stesso e a sopravvivere. La Connors ha distinto in particolare quattro funzioni dell'autolesionismo non suicidario nei sopravvissuti al trauma infantile; la prima è la rievocazione del trauma originale attraverso il gesto lesivo, rivivendo il trauma stesso sul proprio corpo; la seconda riguarda l'espressione di sentimenti come vergogna, frustrazione, senso di colpa e di bisogni, l'atto lesivo è quindi considerato una punizione verso di sé. La terza funzione è quella organizzatrice, per cui l'autolesionismo funge da riorganizzatore di sé, del proprio

equilibrio, è utile a generare un senso di controllo interiore, controllo che molti individui maltrattati potrebbero aver perso a causa del continuo *arousal* percepito (Connors, 1996, in Smith et al., 2014). L'autolesionismo serve anche, secondo l'autrice, a mantenere e gestire i processi dissociativi, riuscendo a controllare il grado delle sensazioni esperite, così come la sensazione di sentirsi vivi, ricercata da molti degli individui che sperimentano dissociazione (Connors, 1996, in Smith et al., 2014). Smith, Kouros e Meuret (2014) hanno sottolineato le differenze tra esperienze traumatiche e sintomi causati da un trauma; in particolare gli autori hanno evidenziato come spesso siano proprio i sintomi traumatici a provocare atti autolesivi, perché le esperienze traumatiche avvengono in qualche misura nella vita di ognuno, ma sono i veri e propri sintomi che possono persistere, in alcuni soggetti, anche per molto tempo dopo il trauma. I sentimenti collegati maggiormente agli atti autolesivi sono rabbia e disgusto, ostilità, senso di colpa e tristezza; inoltre, soggetti abusati e con una visione negativa di sé presentano maggiori percentuali di autolesionismo (Smith et al., 2014).

Due autori, Nock e Prinstein (2004), hanno concettualizzato un modello a quattro fattori per evidenziare le funzioni del comportamento autolesivo. Ogni fattore è collegato al tentativo di fronteggiare i sintomi traumatici; i fattori sono il rinforzo automatico negativo, il rinforzo automatico positivo, il rinforzo sociale negativo e il rinforzo sociale positivo. Secondo questa ipotesi, l'autolesionismo può quindi essere rinforzato in diversi modi; nel rinforzo automatico negativo diversi sintomi negativi come vergogna, tristezza e paura sono connessi all'utilizzo di atti autolesivi; è stato scoperto come gli individui autolesionisti riportino esperienze emozionali più intense rispetto ai soggetti che non si fanno del male, e questo *arousal* maggiore li porta a cercare dei mezzi per liberarsi dalla tensione (Anderson & Crowther, 2012). La sensazione di sollievo provata dopo l'attuazione di un atto autolesivo porterebbe l'individuo a servirsene ogni qualvolta fosse necessario. Il secondo tipo di rinforzo è di tipo automatico positivo, in cui il gesto autolesivo è utilizzato per generare delle sensazioni, siccome in alcuni casi esse possono essere assenti, come per esempio durante uno stato dissociativo (Nock et al., 2004). Secondo uno studio di Kleindienst et al. (2008) i soggetti che presentavano sentimenti di vuoto, intorpidimento e anedonia e si sentivano meglio dopo l'atto autolesivo, percependo addirittura euforia. Inoltre, il gesto autolesivo servirebbe anche a terminare depersonalizzazione, derealizzazione e dissociazione, in particolare elevati livelli di

dissociazione genererebbero un maggiore rischio di *self-cutting* (taglio) (Tolmunen et al., 2008, in Smith et al., 2014). Un ultimo fattore correlato con il rinforzo positivo è la volontà di auto-punirsi per il trauma subito; è stato infatti riscontrato come molti individui utilizzino atti lesivi contro di sé per punirsi ed esprimere emozioni negative nei propri confronti. Le funzioni sociali del comportamento autolesivo sono varie; quando vengono utilizzati atti autolesivi per ricercare l'attenzione altrui e comunicare i sentimenti dolorosi percepiti, si può innescare un rinforzo positivo che porta la persona a utilizzare questi metodi per farsi ascoltare e per sentirsi capita, e per ritrovare quindi una connessione con l'altro (Kleindienst et al., 2008). Un'ultima funzione del comportamento autolesivo che è stata analizzata dall'autore è quella per cui l'individuo utilizza atti lesivi contro di sé per instaurare barriere tra sé e gli altri; il soggetto infatti userebbe questo meccanismo di *coping* per isolarsi dagli altri ed evitare richieste interpersonali (Smith et al., 2014).

Riprendendo il concetto di rinforzo, si riporta un pensiero introdotto da Farber (2006); questo autore introduce l'idea che il paziente possa sviluppare un certo attaccamento nei confronti del dolore provocato dagli atti autolesivi. Secondo Farber infatti, l'individuo percepisce il gesto autolesivo come negativo e "crazy" ("matto") (Farber, 2006, p.3), non riuscendo tuttavia a farne a meno. L'autore riprende la teoria dell'attaccamento, mettendo in risalto la mancanza di un buon attaccamento del bambino con il proprio genitore abusante. Questo provoca un attaccamento, invece che col genitore, con il dolore e la sofferenza inflitti dal *caregiver* stesso, siccome il bambino sentirà di dover costruire un legame pur percependolo come capace di distruggerlo, o "annichilirlo", come riferisce Farber (2006, p. 3). La rappresentazione dell'oggetto viene così divisa in buona e al tempo stesso cattiva dal bambino, il quale potrà mantenere un attaccamento con entrambe le parti, come se fossero due persone separate. L'individuo crescerà ripetendo le sofferenze provate attraverso i gesti autolesivi, che egli stesso vedrà come una "automedicazione" (Farber, 2006, p. 4) o un tentativo di trionfare sugli attacchi altrui esperiti durante l'infanzia (Farber, 2006).

Tuttavia, il modello comunemente più proposto che unisce esperienze traumatiche e comportamento autolesivo non suicidario è un modello di mediazione; quest'ultima si ha quando l'esperienza traumatica non agisce direttamente sul comportamento autolesivo ma opera indirettamente attraverso una terza variabile, ovvero la dissociazione. In un articolo sul *Journal of Psychopathology* (Rossi et al., 2019) è stata riportata una ricerca

eseguita per identificare come la dissociazione fosse correlata con i comportamenti autolesivi non suicidari; in particolare gli autori volevano comprendere come la dissociazione fosse un mediatore tra trauma e atti autolesivi. Diversi studi hanno riscontrato una robusta connessione tra i fattori citati; uno di questi studi è di Briere e Eadie (2016), i quali hanno utilizzato procedure univariate e multivariate per esaminare la correlazione; alla comparsa di dissociazione e comportamenti autolesivi sono stati correlati eventi avversi in età precoce, stress post-traumatico e depressione. Tuttavia, il dato interessante è che una volta rimosse le variabili depressione e stress post-traumatico, solamente la dissociazione è risultata un fattore determinante nella comparsa di atti autolesivi non suicidari. La depressione e lo stress possono dunque essere fattori di rischio, ma non sono strettamente correlati alla comparsa del gesto autolesivo. In un altro studio, condotto da Zetterqvist, Svedin & Lundh (2014), effettuato su un campione di 816 adolescenti svedesi, sono state riscontrate forti connessioni tra abuso fisico e sessuale, sintomi traumatici e autolesionismo. La frequenza di quest'ultimo era particolarmente legata a fattori intrapersonali negli individui traumatizzati, e non era legata a fattori sociali. Il comportamento autolesivo era utilizzato infatti per regolare le proprie emozioni, ed è stato riscontrato più spesso in soggetti che avevano subito abusi emotivi; questi individui presentavano appunto un'aumentata incapacità nella regolazione delle emozioni e l'atto autolesivo li aiutava a sentirsi maggiormente al comando di loro stessi, diminuendo anche i sintomi dissociativi (Zetterqvist, 2014).

Uno studio del 2015 di Chaplo, Kerig, Bennett e Modrowski ha confermato una correlazione simile, prendendo in considerazione 500 giovani di un carcere giovanile americano; dalle ricerche è risultato che l'abuso sessuale infantile fosse l'evento traumatico maggiormente correlato con la comparsa di gesti autolesivi non suicidari. Ancora una volta, la dissociazione e la disregolazione emotiva sono state le variabili intermedie maggiormente riscontrate e determinanti rispetto ai comportamenti autolesivi. Un'altra ricerca, effettuata in Turchia nel 2017 su 207 adolescenti, ha evidenziato come i pazienti affetti da disturbi dissociativi presentassero un rischio maggiore di ricorrere ad atti autolesivi se confrontati con un gruppo sano di propri pari. I pazienti affetti da disturbi dissociativi (provocati da traumi, in particolare) iniziavano inoltre ad attuare gesti autolesivi a un'età più precoce e con una frequenza maggiore rispetto al gruppo di controllo (Kılıç, Coskun, Bozkurt, Kaya & Zoroglu, 2017).

### **3.2 Autolesionismo non suicidario e ideazione suicidaria**

Negli ultimi anni gli studi riguardanti l'autolesionismo non suicidario sono aumentati, e con questi anche la necessità di distinguerlo da altri comportamenti che, nonostante spesso risultino collegati, presentano sostanziali differenze. Come è stato detto, il comportamento autolesivo non suicidario è auto-riferito ed intenzionale e riguarda il danneggiamento dei tessuti corporei attraverso tagli, graffi che portano a sanguinamento, bruciature, colpirsi da soli (anche in testa) (Hamza, Stewart & Willoughby, 2012). Secondo diverse ricerche, tra il 4-6% degli adulti e il 13 e il 29% degli adolescenti ricorre a comportamenti autolesivi, e la prima comparsa degli atti è da ritrovarsi principalmente in adolescenza, tra i 13 e i 15 anni (Hamza et al., 2012). Ci sono alcune evidenze che dimostrano inoltre come gli atti autolesivi non suicidari siano maggiori tra le ragazze rispetto ai ragazzi adolescenti (Yates, Tracy & Luthar, 2008); tuttavia, altre ricerche non hanno evidenziato differenze tra i due gruppi (Andover, Primarck, Gibb & Pepper, 2010). Inoltre, le femmine inizierebbero prima dei maschi a praticare atti autolesionisti, addirittura in preadolescenza, quindi un po' prima dei ragazzi (Andover et al., 2010); ancora, le femmine sarebbero più propense lacerarsi la pelle, mentre i maschi si provocherebbero più frequentemente bruciature (Andover et al., 2010).

L'ideazione suicidaria è collegata invece al comportamento suicidario; quest'ultimo comprende gesti autolesivi che l'individuo attua con lo scopo di mettere fine alla propria vita; alcuni di questi atti comprendono strangolamento, tagli profondi, salti da grandi altezze. L'ideazione suicidaria si riferisce al pensiero ricorrente e alla progettazione di comportamenti che portano alla morte (come ad esempio l'elaborazione di un piano suicida) (Nock, 2010). Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020) circa 800.000 persone muoiono ogni anno a causa del suicidio; per ogni persona che si suicida è calcolato che ce ne siano altre 20 ad averlo tentato. Anche per la comparsa dell'ideazione suicidaria l'adolescenza è stata identificata come momento critico; in particolare durante la tarda adolescenza compaiono comportamenti suicidari, nonostante sia la mezza età il periodo maggiormente a rischio di suicidio (Hamza et al., 2012). Le femmine, anche in questo caso, sono più a rischio di sviluppare tendenze suicide, nonostante i maschi ne muoiano più frequentemente delle donne (nel mondo, per ogni donna che muore a causa del suicidio ne muoiono tre uomini) (Hamza et al., 2012). L'autolesionismo non suicidario e il comportamento suicidario sono stati differenziati in

base a tre aspetti principali: intenzione, ripetizione e letalità (Hamza et al., 2012). Per quanto riguarda l'intenzione, come è stato detto gli individui che praticano atti lesivi non suicidari non intendono porre fine alla propria vita; chi invece attua comportamenti suicidari ha come scopo la propria morte. Tuttavia, spesso in entrambi i casi i soggetti attuano comportamenti autolesivi per diminuire lo stress legato a particolari stati emotivi negativi. Alcuni autori hanno anche sottolineato come gli adolescenti che praticano atti lesivi non suicidari abbiano un atteggiamento positivo nei confronti della vita e un'attitudine negativa riguardo alla morte (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, in Hamza et al., 2012). Un altro fattore è la frequenza, o ripetitività dei gesti; gli atti autolesivi non suicidari compaiono più spesso rispetto ai comportamenti suicidari, in particolare in campioni clinici. In una ricerca di Nock & Prinstein, (2004) è stato portato alla luce come in un campione di 108 adolescenti il numero medio di individui ad aver praticato atti autolesivi non suicidari fosse di 80, nei 12 mesi precedenti, mentre il numero medio di tentativi di suicidio era di 2.8. La differenza tra i due tipi di comportamento è evidenziata anche dai diversi metodi autolesivi implicati, e dalla letalità di essi: gli autolesionisti non suicidari utilizzano tagli, bruciature e morsi per sentirsi meglio; chi invece desidera la morte può provocarsi un'overdose, tagliarsi i polsi o impiccarsi (Nock et al., 2004).

Nonostante i due tipi di comportamento siano per molti versi differenti, una meta-analisi effettuata da Hamza et al. (2012) su 31 studi ha evidenziato come il comportamento autolesivo non suicidario sia un importante predittore di ideazione e comportamento suicidario. Inoltre, i soggetti che effettuavano gesti autolesivi non suicidari presentavano un maggiore livello di ideazione suicidaria e molti di loro avevano già tentato il suicidio in passato rispetto a soggetti che non perpetuavano atti autolesivi. In aggiunta a questi dati, è stato riscontrato come atti autolesivi gravi fossero correlati a una frequenza maggiore comportamenti suicidari; infatti, sia moderate che severe forme di autolesionismo venivano associate allo sviluppo di una più intensa ideazione suicidaria (Hamza et al., 2012). I soggetti che praticavano atti moderati (come tirarsi i capelli o mordersi) avevano una probabilità di due volte maggiore rispetto a chi non eseguiva nessun atto; gli individui che avevano comportamenti autolesivi severi (come tagliarsi e bruciarsi) avevano invece una possibilità dieci volte più alta di incorrere in tentativi di suicidio (Favaro et al., 2007; Lloyd-Richardson et al., 2007; Tang et al., 2011, in Hamza et al., 2012).

### 3.3 Differenze di genere

Nel corso degli ultimi anni molti studi si sono occupati di rilevare le differenze di genere nella comparsa e nel decorso di comportamenti autolesivi non suicidari. Spesso, gli studi hanno portato alla luce come le donne ricorrano più spesso a comportamenti autolesivi rispetto agli uomini. Molte ricerche correlano questa differenza alla diversa regolazione delle emozioni da parte di uomini e donne. Ad esempio, da uno studio di Bresin e Schoenleber (2015) è emerso come le donne facessero maggiormente ricorso ad atti autolesivi non suicidari rispetto agli uomini. Le ragioni di tale differenza sono state ricercate attraverso una meta-analisi su alcuni studi pubblicati dal 1993 al 2013, ed è emerso che le donne sono più soggette a rimuginare sui problemi e sugli eventi negativi rispetto agli uomini; ciò conduce le donne a una comparsa più numerosa di sintomi depressivi, dovuti al fatto che non ci sia una riflessione ponderata sui problemi o un vero tentativo di *problem-solving* (Kwon, Yoon, Joormann & Kwon, 2013, in Bresin et al., 2015). Come è stato detto, l'utilizzo di atti autolesivi non suicidari è prevalente nei soggetti che sperimentano emozioni negative, siccome spesso l'atto autolesivo è visto come un sollievo e un metodo per alleviare sentimenti di infelicità (Nock et al., 2004). Queste emozioni negative sono state riscontrate più spesso nelle donne, che infatti utilizzano più spesso l'autolesionismo non suicidario per funzioni intrapersonali, mentre negli uomini sono le funzioni interpersonali a condurre maggiormente ad atti autolesivi (per esempio per dimostrare la propria forza al gruppo dei pari) (Bresin et al., 2015). Gli autori hanno sottolineato che, siccome lo scopo più comune degli atti autolesivi per gli uomini è di tipo sociale, essi possono essere spinti ad utilizzare altre strategie per raggiungere i propri obiettivi e quindi sarebbe per questo che non utilizzerebbero la stessa quantità di atti autolesivi delle donne (per esempio per mostrare la propria forza utilizzerebbero aggressività verso altri) (Bresin et al., 2015). Nonostante dunque, spiegano i ricercatori, le donne possano essere considerate maggiormente dedite a comportamenti autolesivi, è bene ricordare che alcuni comportamenti aggressivi maschili che possono sembrare "normali" e non destare preoccupazione, possono invece nascondere problemi emotivi più severi. Nelle donne, al contrario, il comportamento autolesivo può essere più evidente perché correlato con emozioni negative, e quindi percepito come maggiormente presente nel sesso femminile, nonostante non sempre sia così (Bresin et al., 2015). Un'altra differenza riscontrata in questo studio è il differente

metodo utilizzato da uomini e donne; da quanto è emerso, le donne utilizzerebbero prevalentemente metodi quali tagli, graffi, pizzicotti e si tirerebbero i capelli; gli uomini invece sarebbero più inclini a bruciature e a colpirsi la testa o il corpo (Bresin et al., 2015). Un altro studio interessante è quello di Whitlock, Eckenrode, Purington & Barreira del 2011 in cui gli autori hanno proposto un sondaggio agli studenti di otto diverse università per comprendere quali fossero le differenze tra uomini e donne riguardo all'utilizzo di comportamenti autolesivi non suicidari. Sono state analizzate le differenze nella diffusione del comportamento, nella sua gravità, nelle pratiche utilizzate, nelle richieste di aiuto. Dai risultati è emerso che le donne avessero una probabilità di 1.8 volte maggiore di ricorrere ad atti autolesivi rispetto agli uomini, e che l'orientamento sessuale avesse un'incidenza sull'attuazione dei gesti (Whitlock et al., 2011). I motivi legati all'autolesionismo erano, anche in questo studio, legati alla regolazione delle emozioni per quanto riguarda le donne. Infatti, la maggior parte di esse hanno identificato come motivazione l'autopunizione e la presenza di emozioni negative da alleviare. Per quanto riguarda gli uomini, le motivazioni più presenti erano la ricerca di sensazioni e l'attenuazione della rabbia, indicata come una delle cause principali. In effetti, come spiegano i ricercatori, i trattamenti più efficaci per i due gruppi sarebbero un intervento legato al miglioramento della regolazione emotiva per le donne e un aiuto per quanto riguarda il controllo della rabbia per gli uomini (Whitlock et al., 2011).

Uno studio di Bakken e DeCamp (2012) ha riportato un dato interessante riguardo alle differenze di sesso nello sviluppo di comportamenti autolesivi tra adolescenti. La percentuale di comportamenti autolesivi saliva infatti se i soggetti avevano subito abusi sessuali, e questo era particolarmente vero per le ragazze. Un'altra ricerca del 2018 ha avuto lo stesso risultato, trovando che la minore quantità di atti autolesivi negli uomini fosse correlata anche a minori abusi fisici, sessuali ed emotivi nel corso della vita (Victor, Muehlenkamp, Hayes, Lengel, Styer & Washburn, 2018). Inoltre, gli uomini presentavano una migliore qualità della vita rispetto alle donne e queste ultime utilizzavano maggiormente gli atti autolesivi come regolatori emotivi. Un altro fattore importante è che non sono state ritrovate, in questo caso, differenze significative per quanto riguardasse frequenza degli atti, parti del corpo ferite, gravità, impulsività dei gesti, e correlazione con la dissociazione. Le uniche piccole differenze sono state

riscontrate nei metodi utilizzati; per le femmine, ancora una volta, erano più presenti graffi e pizzicotti mentre nei maschi erano più frequenti le bruciature (Victor et al., 2018). Un'altra ricerca su adolescenti e uomini e donne adulti ha indagato la correlazione tra maltrattamento infantile e comportamenti autolesivi non suicidari, riscontrando alcune differenze di genere; le adolescenti o le donne che avevano subito esperienze traumatiche precoci erano più predisposte a esercitare comportamenti autolesivi rispetto agli uomini (Serafini et al., 2017). In particolare, l'abuso sessuale è stato correlato maggiormente alla comparsa di atti autolesivi nelle donne; tuttavia, quando i soggetti avevano subito sia abusi fisici che sessuali, oppure quando i maltrattamenti erano continui, gli individui avevano un maggiore rischio di incorrere nell'autolesionismo. Quest'ultimo era particolarmente determinato da presenza di bassa autostima, disregolazione cognitiva e auto-criticismo, tutti fattori collegati agli abusi vissuti durante l'infanzia (Serafini et al., 2017). Uno studio condotto da Liu, Scopelliti, Pittman e Zamora (2018) ha sottolineato, ancora una volta, la presenza di maggiori atti autolesivi non suicidari nelle donne che erano state soggette a maltrattamenti infantili. Tuttavia, gli autori hanno voluto precisare che questo non fosse dovuto a una maggiore suscettibilità femminile, in quanto sia maschi che femmine patiscono traumi enormi in seguito a ogni tipo di abuso. Le donne però, secondo gli autori, sarebbero maggiormente esposte al pericolo di subire maltrattamenti e in particolare abusi sessuali (Liu et al., 2018).

Nonostante molti studi evidenzino dunque la presenza di un numero più alto di atti autolesivi nelle donne, è necessario tenere conto anche delle ricerche che hanno trovato risultati opposti a questa ipotesi, o che hanno dato spiegazioni diverse rispetto ai dati emersi. Alcuni autori indicano ad esempio come le adolescenti riferiscano maggiormente di praticare atti autolesivi, mentre i maschi loro pari sarebbero più restii a comunicare la presenza di questo problema (Sornberger, Heath, Toste & McLouth, 2012). Molti autori riferiscono inoltre come, il fatto di attribuire alle donne atti autolesivi non suicidari maggiori e più frequenti, sia dovuto ai metodi di ricerca e alla scelta dei campioni analizzati. Swannell, Martin, Page, Hasking e St.John (2014), hanno riscontrato differenze esigue tra il numero di atti di uomini e donne, e hanno imputato la causa di questa errata attribuzione al fatto che molte ricerche in passato venissero eseguite su pazienti psichiatrici; la preponderanza, in alcuni casi, di pazienti affette da disturbo borderline di personalità (disturbo di cui soffrono più frequentemente le donne) avrebbe

portato a un *bias* che sovrastimava il fenomeno tra i soggetti femminili. Inoltre, spesso in passato era valutata solamente la presenza o l'assenza di atti autolesivi come il taglio, che è stato prevalentemente associato alle donne, e non venivano valutati gli atti prevalentemente maschili (come colpirsi ripetutamente) (Swannell et al., 2014). Anche uno studio di Briere e Gil (1998) non aveva trovato differenze significative tra maschi e femmine, indicando la comparsa di atti autolesivi come conseguente a dissociazione, affetti negativi e disturbi post-traumatici in entrambi i gruppi. In particolare, l'abuso sessuale durante l'infanzia e i sintomi dissociativi causati da esso erano fattori predittivi dello sviluppo di gesti autolesivi e automutilanti (Briere et al., 1998). Nonostante dunque molti studi abbiano riscontrato una presenza maggiore di comportamenti autolesivi non suicidari nei soggetti di sesso femminile, è emerso come non tutte le ricerche siano concordi. Nondimeno, le disuguaglianze nei metodi utilizzati dai due sessi sono state riscontrate nella maggioranza degli studi effettuati sull'argomento.

### **3.4 Psicopatologia e autolesionismo**

Numerosi autori hanno tentato di comprendere se ci fosse una correlazione tra psicopatologia e autolesionismo, riuscendo in molti casi ad identificare l'impatto di specifici quadri clinici sullo sviluppo di autolesionismo non suicidario.

Kerr, Muehlenkamp e Turner (2010) hanno riportato dati interessanti per quanto riguarda la prevalenza del comportamento autolesivo non suicidario in popolazioni psichiatriche. Prendendo in considerazione molteplici studi, gli autori hanno calcolato che una percentuale che va dal 2% al 20% totale dei pazienti psichiatrici adulti pratici gesti autolesivi, mentre negli adolescenti questa percentuale aumenterebbe significativamente, arrivando ad un *range* compreso tra il 40% e l'80%. I ricercatori hanno anche evidenziato come il tipo di psicopatologia e la sua gravità siano fattori determinanti da prendere in considerazione per comprendere lo sviluppo di comportamenti autolesivi non suicidari.

Diversi autori hanno evidenziato come alcune psicopatologie in particolare siano correlate con una più probabile comparsa di gesti autolesivi. In uno studio di Zielinski, Hill e Veilleux (2017) è stato riscontrato che fattori come depressione, panico, ansia, disregolazione emotiva e abuso di alcol portassero a una frequenza maggiore di atti autolesivi. Anche Kerr et al. (2010) sono arrivati a conclusioni simili, indicando come la presenza di disturbo borderline di personalità, disturbo dissociativo dell'identità, disturbi

dell'alimentazione, depressione maggiore o abuso di alcol potesse portare più probabilmente allo sviluppo di comportamenti autolesivi. Briere e Gil (1998) hanno riscontrato come maltrattamenti e abusi infantili da un lato, e condizioni psicopatologiche quali disturbo post traumatico da stress, disturbo dissociativo dell'identità e disturbo borderline di personalità dall'altro, potessero condurre ad atti autolesivi. Il disturbo borderline di personalità, in particolare, è stato associato allo sviluppo di comportamenti autolesivi da molti altri ricercatori; uno studio del 2014 ha riscontrato come individui affetti da questo disturbo ricorressero maggiormente ad atti autolesivi per regolare le proprie emozioni negative o per gestire sintomi di paura, rabbia o abbandono (Brickman, Ammerman, Look, Berman & McCloskey, 2014). Zanarini, Gunderson, Frankenburg e Chauncey (1990) hanno effettuato una ricerca su 253 pazienti psichiatrici affetti da disturbo borderline di personalità o da altri disturbi della personalità. È stato scoperto che il 70% dei pazienti affetti da disturbo borderline praticava atti autolesivi, mentre solo il 17,5% di coloro che soffrivano di altri disturbi della personalità eseguivano gli stessi gesti. Gli autori hanno correlato la presenza di questi atti alle caratteristiche del disturbo borderline di personalità, che comprendono sentimenti di vuoto alternati ad emozioni molto intense, impulsività e difficoltà nelle relazioni interpersonali (Zanarini et al., 1990). Kerr et al. (2010) riportano come quasi il 96% degli individui affetti da questo disturbo riferisca sentimenti di sollievo dalle emozioni negative e riduzione dei sintomi dissociativi, in seguito all'atto autolesivo.

Anche la depressione maggiore è stata associata, da alcuni autori, allo sviluppo di comportamenti autolesivi. Una ricerca di Nock e Kessler (2006) ha riportato che in un campione di 112 individui (di età tra i 15 e i 54 anni) che praticavano gesti autolesivi, il 42% era affetto da depressione maggiore. In un altro studio di Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006) il risultato è stato simile, con una percentuale del 41,6%, ma questa volta su un campione di 89 adolescenti. Una ricerca del 2011 ha anche trovato una correlazione tra l'autolesionismo degli adolescenti e la depressione maggiore delle loro madri (Hankin & Abela, 2011). Gli autori hanno ipotizzato che questa correlazione possa essere dovuta alla presenza di sintomi molto negativi nei genitori affetti da depressione. Questi sintomi porterebbero i genitori a un distacco dai figli, e questi ultimi utilizzerebbero gesti autolesivi per richiamarne l'attenzione. Inoltre, i ricercatori hanno riscontrato un supporto sociale minore nei giovani che mettono in atto

gesti autolesivi, e questo sarebbe dovuto, secondo loro, a mancanze da parte del genitore depresso, che potrebbe non essere in grado di fornire il supporto emotivo e sociale necessario al figlio (Hankin & Abela, 2011).

Un altro fattore che può condurre all'atto autolesivo è la presenza di disturbi dell'alimentazione. Anderson (2015) ha riportato come spesso l'autolesionismo e i disturbi alimentari compaiano in adolescenza, e più spesso nelle femmine che nei maschi. L'autrice identifica entrambe le manifestazioni come metodi per evitare o per regolare determinati stati emotivi negativi, e sottolinea come spesso queste due abitudini co-occorrano. Sia l'utilizzo di atti autolesivi, che la comparsa di disturbi alimentari denotano quindi la presenza di sensazioni molto negative e di tentativi di trovare un sollievo, una distrazione dalla sofferenza. La Anderson riferisce come per molti soggetti siano utili, nell'immediato, sia gli atti autolesivi che i disturbi del comportamento alimentare, per sentirsi meglio. Ma questo, a lungo andare, può portare a sentimenti di vergogna e colpa, che a loro volta generano la sensazione di aver bisogno di ulteriori atti autolesivi per riportare la calma, finendo in un circolo vizioso da cui è difficile uscire (Anderson, 2015). Un altro fattore che può condurre ad esercitare atti autolesivi non suicidari è l'intossicazione da alcol o droghe. Breet e Bantjes (2017) hanno condotto uno studio su individui che facevano uso ricorrente di queste sostanze, scoprendo come l'autolesionismo comparisse frequentemente in seguito all'intossicazione provocata da esse. L'alcol e la droga, secondo i due autori, renderebbero i soggetti meno capaci di prendere decisioni, compromettendo la loro capacità di giudizio sulle situazioni, e ciò porterebbe all'utilizzo di atti autolesivi. Inoltre, talvolta gli atti autolesivi sarebbero addirittura "facilitati" dall'assunzione di sostanze d'abuso, permettendo così all'individuo di utilizzare atti autolesivi per evitare le emozioni dolorose presenti in uno specifico momento della vita (Breet et al., 2017).

Altri fattori che potrebbero condurre, secondo molti autori, alla comparsa di autolesionismo non suicidario sono ansia, panico e disturbi dissociativi. Come si è ampiamente discusso nei paragrafi precedenti, gli individui che hanno subito traumi o che sperimentano stati dissociativi sono maggiormente predisposti a sviluppare meccanismi per terminare le emozioni negative provate, utilizzando anche il gesto autolesivo.

## Conclusioni

In questo elaborato ho cercato di individuare la correlazione tra trauma precoce, dissociazione e atti autolesivi non suicidari. Moltissimi studi analizzati hanno evidenziato la stretta relazione che intercorre tra trauma infantile e dissociazione. È stato interessante notare anche come le attivazioni corporee autonome aiutino l'individuo a fronteggiare il trauma e talvolta a non ricordarlo consapevolmente; questo fa sì che egli possa continuare e vivere la propria vita nella maniera più normale possibile, senza che i ricordi intrusivi lo soverchino. Tuttavia, si è riscontrato anche come gli stati dissociativi che inizialmente sembrano di grande aiuto per il soggetto possano risultare in problemi molto grandi per l'individuo, che potrebbe giungere a non dimostrare più una coerenza delle proprie esperienze di vita. Il trauma è stato correlato da diversi ricercatori anche con la comparsa di atti autolesivi; in particolare è stato riportato come questi ultimi vengano spesso utilizzati per combattere gli stati dissociativi provocati da traumi infantili precoci. In sostanza dunque, gli studi analizzati evidenziano come il trauma correli positivamente con la comparsa di dissociazione, e come quest'ultima possa fungere da mediatore per la manifestazione di atti autolesivi non suicidari. Il motivo all'origine di questa triplice correlazione sembrerebbe principalmente la presenza di emozioni negative originate dal trauma infantile e dalla dissociazione, che porterebbe adolescenti e adulti a incorrere in comportamenti lesivi verso di sé come metodo per alleviare le sofferenze provate.

Gli effetti del trauma possono protrarsi dunque per lungo tempo, conducendo l'individuo verso atti autolesivi che risultano infatti, secondo molteplici studi, molto più comuni in soggetti abusati. Questi ultimi inoltre non presentano quasi mai ideazione suicidaria, come riportato da molti ricercatori, ma solo un autolesionismo "utile" a diminuire l'impatto di emozioni negative e sintomi dissociativi. In aggiunta, è stato importante osservare come l'autolesionismo venga più spesso attribuito ai soggetti di sesso femminile; è stato ancor più significativo, tuttavia, constatare come questo dato potrebbe in realtà essere sovrastimato. Infine, ho analizzato la correlazione tra atti autolesivi non suicidari e diverse psicopatologie, indagando alcuni dei motivi per i quali l'autolesionismo è così presente in molti quadri clinici.

Concludendo, è stato molto interessante notare come tutti gli studi da me analizzati abbiano evidenziato la presenza, in soggetti abusati durante l'infanzia, di conseguenze

più o meno gravi a livello cognitivo o emotivo. Questo mi ha permesso di confermare come i maltrattamenti infantili possano avere esiti enormemente negativi sulla vita dell'individuo.

Potrebbe essere interessante, in futuro, indagare maggiormente la correlazione tra un determinato tipo di maltrattamento infantile e la comparsa di uno specifico atto autolesivo in età adulta. Mi sarebbe piaciuto, effettivamente, concentrarmi anche su questa connessione, ma purtroppo non è stato possibile reperire studi a sufficienza per poter approfondire questo tema nella maniera opportuna.

## Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, DSM-5. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina (2014).

Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research*, 16: 124-134. doi:10.1080/13811118.2012.667329.

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? *Archives of Suicide Research*, 14 (1): 79-88. doi: 10.1080/13811110903479086.

Bakken, N. W. & DeCamp, W. (2012). Self-cutting and suicidal ideation among adolescents: Gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, 33 (5): 339-356. doi: 10.1080/0163625.2011.584054.

Barlow, M. R., & Freyd, J. (2007). Adaptive dissociation: Information processing and response to betrayal. *Dissociation and the Dissociative Disorders*, 93-105.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: Psicoterapia con il paziente borderline*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina, 2006.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina, 2010.

Bonomi, C. (2000). La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920ca). *Teoria & Modelli*, 5 (1-2): 125-161.

Breedlove, M. S., Rosenzweig, M. R., & Watson, N. V. (2009). *Psicologia biologica*. Milano: Ambrosiana.

- Breet, E., & Bantjes, J. (2017). Substance use and self-harm: Case studies from patients admitted to an urban hospital following medically serious self-harm. *Qualitative Health Research, 27* (1): 1-10. doi: 10.1177/1049732317728052.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*: 55-64. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
- Breuer, J., Freud, S. (1895). *Studi sull'isteria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look., A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation, 1*: 14. doi: 10.1186/2051-6673-1-14.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68* (4): 609-620. doi: 10.1037/h0080369.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194* (2): 78-82. doi: 10.1097/01.nmd.0000198139.47371.54.
- Briere J., & Eadie, E. M. (2016). Compensatory self-injury: posttraumatic stress, depression, and the role of dissociation. *Psychological Trauma, 8* (5): 618-625. doi: 10.1037/tra0000139.
- Brown, R. J., Holmes, E. A., Mansell, W., Fearon, P. R., Hunter, C.M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review, 25* (1): 1-23. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006.
- Černis, E., Chan, C., & Cooper, M. (2019). What is the relationship between dissociation and self-harming behavior in adolescents? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26* (3): 328-338. doi: 10.1002/cpp.2354.

Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D.C., & Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16: 272-285. Doi: 10.1080/15299732.2015.989647.

Charcot, J. M. (1897). *Isterismo*, in Trattato di medicina, vol. VI, 477-536. Torino: Unione Tipografico.

Colombini, C., Panunzi, S., Carratelli, T. J. (2010). La dissociazione in età evolutiva: Rassegna Bibliografica. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 30: 46-51.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & Van der Kolk, B. A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5): 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05.

Craparo, G., Ortu, F., & Van der Hart, O. (2020). *Riscoprire Pierre Janet: Trauma, dissociazione e nuovi contesti per la psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.

Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York: Basic Books.

Davies, J. M. (1996). Dissociation, repression and reality testing in the countertransference: The controversy over memory and false memory in the psychoanalytic treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 6 (2): 189-218. doi: 10.1080/10481889609539115.

Farber, S. K. (2006). The inner predator: Trauma and dissociation in bodily self-harm. *New Orleans APA Panel "Trauma: Obvious and Hidden: Possibilities for Treatment"*. 1-13.

Farina, B., & Liotti, G. (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivismo Clinico*, 8 (1): 3-17.

Farina, B., & Liotti, G. (2011). *Sviluppi Traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.

Favazza, A. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry, 11* (3): 21-26.

Ferenczi, S. (1931). *Analisi infantili con gli adulti*, in Opere, vol. IV. Milano: Cortina, 2002.

Ferenczi, S. (1932). *Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino: Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione*, in Opere, vol. IV. Milano: Cortina, 1988.

Fonagy, P., Steele, H., Moran, G. S., Steele, M., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 13*: 200-217. doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ22801203073.0CO;2 -7.

Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of PsychoAnalysis, 81*: 853-873. doi: 10.1516/0020757001600165.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing and the self. *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 123-140*.

Ford., J. D. & Gómez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic Stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma and Dissociation, 16* (3): 232-271. doi: 10.1080/15299732.2015.989563.

Fox, K. R., Millner, A. J., Mukerji, C. E., & Nock, M. K. (2017). Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clinical Psychology Review, 66*: 3-11. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.009.

- Freud, S. (1896). *Etiologia dell'isteria*, in Opere, vol. II. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1923). *L'Io e l'Es*, in Opere, vol. IX. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freyd, J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge: Harvard University Press.
- Giusti, E., Luciani, A., & Menza, D. (2016). *Persuasione e seduzione: Nella clinica, nella formazione e nella vita privata*. Roma: Sovera.
- Goldsmith, R. E., Barlow, M. R., & Freyd, J. J. (2004). Knowing and not knowing about trauma: Implications for therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (4): 448-463. doi: 10.1037/0033-3204.41.448.
- Hamza, C. A., Stewart, S.L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32 (6): 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186 (1): 65-70. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.056.
- Harris, S. (2000). Cutting the bad out of me. *Qualitative Health Research*, 10 (2): 164-173. doi: 10.1177/104973200129118345.
- Himber, J. (1994). Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31 (4): 620-631. doi: 10.1037/0033-3204.31.4.620.
- Hirschmuller, A. (1978) *The Life and Work of Josef Breuer*. New York: University Press.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme Psychologique*. Charleston: Nabu Press, 2010.
- Karpel, M. G., & Jerram, M. W. (2015). Levels of dissociation and nonsuicidal self-injury: A quartile risk model. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16 (3): 303-321. doi: 10.1080/15299732.2015.989645.

Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal Self-Injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23 (2): 240-259. Doi: 10.3122/jabfm.2010.02.090110.

Kılıç, F., Coskun, M., Bozkurt, H., Kaya I., & Zoroglu, S. (2017). Self-injury and suicide attempt in relation with trauma and dissociation among adolescents with dissociative and non-dissociative disorders. *Psychiatry Investigation*, 14 (2): 172-178. doi: 10.4306/pi.2017.14.2.172.

Kleindienst, N., Bohus, M., Ludscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner - Priemer, U. W. et al. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (3): 230-236. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181663026.

Klonsky, D. E., Oltmanns, T. F., Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8): 1501-1508. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501.

Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27 (2): 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.

Klonsky, D., Glenn, C., Styer, D., & Olino, T. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9 (1): 44.

Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury. *Trauma, Violence & Abuse*, 12 (1): 23-37. doi: 10.1177/152483801396975.

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D. et al. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167 (6): 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168.

- Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & Mucci, C. (2014). Da Janet a Bromberg, passando per Ferenczi. *Psichiatria e Psicoterapia*, 23 (1): 41-62.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (4): 55-73 doi: 10.1300/J229v07n0404 .
- Liotti, G. (2014). Le critiche di Pierre Janet alla teoria di Sigmund Freud: Corrispondenze nella psicotraumatologia contemporanea. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33 (1) 31-40.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. (2018). Childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5 (1): 51-64. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30469-8.
- MacLean P. (1973). *A triune concept of the brain and behavior*. Toronto: Buffalo.
- Matthews, W., & Wallis, D.N. (2002). Patterns of self-inflicted injury. *Trauma*, 4: 17-20.
- Moccia, G., Meterangelis, G., Pirrongelli, C., Solano, L., Bordi, S., Goretti, G., Seligman, S., Bonfiglio, B., Lingiardi, V., Gazzillo, F., Correale, A., Nicolò, A. M., & Monti, M. R. (2010). *Il soggetto nei contesti traumatici*. Milano: Franco Angeli.
- Nemiah, J.C. (1980) Dissociative disorders. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 885-890. Doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.
- 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., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology, 115* (3): 616-623. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.616.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*: 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Rossi, R., Fiore, D., Carcione, A., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2019). Dissociation in stress-related disorders and self-harm: A review of the literature and a systematic review of mediation models. *Journal of Psychopathology, 25* (3), 162-171.
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky A, Fordwood, S., Stuart, B. K., McNiel, D., et al. (2014). Functions of nonsuicidal self-injury in adolescents and young adults with borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Research, 216* (2): 217-222. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.018.
- Schauer E., & Elbert T. (2010). The psychological impact of child soldiering. In Martz E. (ed.). *Trauma rehabilitation after war and conflict* (pp.311-360). New York: Springer.
- Schauer M., & Elbert T. (2010) Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie, 218* (2): 109-127. doi: 10.1027/0044-3409/a000018.
- Schoppmann, S., Schrock, R., Schnepf, W., & Buscher, A. (2007). “Then I just showed her my arms...” Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behavior. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14* (6): 587-597. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01150.x.
- Selby, B., Bender, T. W., Gordon, K. H., & Nock, M. K. (2011). Non-suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3* (2): 167-175. doi: 10.1037/a0024405.

- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Murri, M. B., Erbuto, D. et al. (2017). The relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 24* (8): 149. doi: 10.3389/fpsy.2017.00149.
- Smith, N., Kouros, C. D., & Meuret A.E. (2014). The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma Violence & Abuse, 15* (1): 41-56. doi: 10.1177/1524838013496332.
- Sornberger, M., Heath, N. L., Toste, J., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42* (3): 266-278. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & St.John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44* (3): 273-303. doi: 10.1111/sltb.12070.
- Tagliavini, G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: Il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotoria. *Cognitivismo Clinico, 8* (1): 60-72.
- Vallino, D. (2002). Percorsi teorico-clinici sul trauma. *Rivista di Psicoanalisi, 48* (1): 5-22.
- Van der hart, O., Van der Kolk, B. A., & Boon, S. (1996). *The treatment of dissociative disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38* (11-12): 906-914. doi: 10.1111/j.1440-1614.2004.01480.x.
- Van Der Hart O, Nijenhuis E. R. S., & Steele K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *Journal of Trauma Stress, 18*: 2-15. doi: 10.1002/jts.20049.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *Fantasmî nel sé: Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina (2011).

Van der Hart, O., Boon, S., & Steele, K. (2014). *La dissociazione traumatica: Compernderla e affrontarla*. Milano: Mimesis.

Van der Kolk, B. A. (1984). *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and biological sequelae*. Washington DC: American Psychiatric.

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148 (12): 1665-1671. doi: 10.1176/ajp.148.12.1665.

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation & the fragmentary nature of traumatic memories: overview & exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4): 505-525. doi: 10.1002/jts.2490080402.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, Alexander, C., & Weisaeth, L. (1996). *The Effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford.

Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12 (2): 293-317. doi: 10.1016/s1056-4993(03)00003-8.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35 (5): 401-408. doi: 10.3928/00485713-20050501-06.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.

Victor, S., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82: 53-60. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.01.009.

Whitlock, J., Eckenrode, J., Purington, A., Barreira, P., Muehlenkamp, J., Abrams, G. B., et al. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health, 59* (8): 691-698. Doi: 10.1080/07448481.2010.529626.

Yates, T. M., Tracy, A. J. & Luthar, S. A. (2008). Nonsuicidal self-injury among privileged youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (1): 52-62. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.52.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry, 142*: 2.

Zetterqvist, M., Lundh, L.G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent nonsuicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 8* (1): 23. doi: 10.1186/1753-2000-8-23.

Zielinski, M. J., Hill, A. M., & Veilleux, J. C. (2017). Is the first cut really the deepest? Frequency and recency of nonsuicidal self-injury in relation to psychopathology and dysregulation. *Psychiatry Research, 259*: 392-397. doi: 10.1016/j.psychres.2017.10.030.

## Sitografia

Anderson, L. K. (2015). “Self-harm, eating disorders and emotion dysregulation”, dal sito EdCatalogue.com <<https://www.edcatalogue.com/self-harm-eating-disorders-and-emotion-dysregulation/>> (visitato il 28 giugno 2020).

Associazione Italiana per lo Studio del Trauma e della Dissociazione (2017). “Cos’è la dissociazione?” dal sito Aisted.it <<https://www.aisted.it/>> (visitato il 25 aprile, 2020) .

Enciclopedia Treccani (n.d.). “Trauma”, dal sito Treccani.it <<http://www.treccani.it/vocabolario/trauma/>> (visitato il 7 gennaio, 2020).

“Il concetto di dissociazione nella psicoanalisi relazionale”, dal sito Psychomedia.it <<http://www.psychomedia.it/psich-asti/recenti/albasi2.htm>> (visitato il 15 gennaio 2020).

International Society for the Study of Self-injury (2018). “What is self-injury?”, dal sito Itriples.com <<https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>> (visitato il 22 maggio, 2020).

“Lezione 3: Studi sull’isteria” (n.d.), dal sito PsychiatryOnline.it <<http://www.psychiatryonline.it/node/3388>> (visitato il 20 gennaio, 2020).

Migone, P. (2015). “Perché l'aggressività? Sintesi di alcune ipotesi psicoanalitiche da Freud a oggi”, dal sito Psychomedia.it <<http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt130-15.htm>> (visitato il 14 febbraio, 2020).

Organizzazione Mondiale della Sanità (n.d.). “Suicide data”, dal sito Who.int <<https://www.who.int/mentalhealth/prevention/suicide/suicideprevent/en/>> (visitato il 27 maggio, 2020).

Sacchetti, S. (2018). “Peter Fonagy e la teoria della mentalizzazione: Cos’è e da dove nasce?”, dal sito CulturaEmotiva.it

<[https://culturaemotiva.it/2018/peter-fonagy-la-teoria-mentalizzazione-cose-e-  
e-::textCon%20il%20termine%20di%20mentalizzazione,risultato%20di%20desideri  
%2C%20credenze%2C%20aspettative](https://culturaemotiva.it/2018/peter-fonagy-la-teoria-mentalizzazione-cose-e-::textCon%20il%20termine%20di%20mentalizzazione,risultato%20di%20desideri%2C%20credenze%2C%20aspettative) (visitato il 13 marzo, 2020).

“The 3 parts of your brain affected by trauma” (2018), dal sito PsychCentral.com  
<<https://psychcentral.com/blog/the-3-parts-of-your-brain-affected-by-trauma/>  
(visitato il 17 gennaio, 2020).