

Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo?*

Maura Manca **

BODY MODIFICATION Y AUTOAGRESION

Durante la etapa de la adolescencia la tendencia a actuar (*acting-out* y *acting-in*) puede representar una modalidad de la mente para elaborar una realidad interna rica en continuos cambios, inestable y, en algunos casos, inquietante (Cerutti & Manca, 2008). Tales conductas pueden constituir, por un lado, la expresión de una prueba potencial de construcción de identidad y, por el otro, la manifestación de una profunda vulnerabilidad y conflictividad (Laufer & Laufer, 1986). La tendencia al *acting*, a la confrontación, a la rebeldía, a la posibilidad de experimentar y de ponerse a prueba mediante una búsqueda de excesos, son todas expresiones funcionales al desarrollo de la autodefinición (Blos, 1971). La acción puede ayudar a enfrentar los conflictos internos; sin embargo, el recurso a la acción puede significar al mismo tiempo un impulso hacia la activación de conductas peligrosas tanto para el sujeto como para su entorno (abuso de alcohol, drogas, manejo en estado de ebriedad, etc.).

En particular, en estos últimos años, están cada vez más difusas las

* Traducido por la Dra. Luciana Zollo.

** Ph.D. y Psicoterapeuta, *Scuola Internazionale di Ricerca e Formazione in Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica - SIRPIDI* de Roma (Italia). Profesor-Universidad de L'Aquila. Departamento de Psicología de los Procesos de Desarrollo y Socialización, Universidad de Roma "La Sapienza".

prácticas de ataque al propio cuerpo, que son socialmente aceptadas, como el *piercing* y el tatuaje, y también algunas modalidades autodestructivas más patológicas, como las de *body modification* (Manca, 2009).

Tales conductas se caracterizan por modificar voluntariamente partes del propio cuerpo, como sucede en el caso del *branding*, o práctica de marcar a fuego la piel con un láser o con un hierro candente. Otras modalidades extremadamente difusas son la aplicación de insertos de siliconas o de otros objetos con dibujos o formas particulares por debajo de la piel, o el *microdermal*, que consiste en el implante, por debajo de la piel, de una pieza de titanio en forma de L cuya extremidad puede cambiarse en función de necesidades estéticas.

Estas modalidades autodestructivas dejan en la piel marcas y cicatrices indelebles y representan un lenguaje mediante el cual el adolescente puede expresar su independencia afectiva de las figuras paterna y materna o concretar un desafío con respecto a las reglas impuestas por los adultos. Las conductas de ataque al cuerpo pueden también cumplir con funciones relativas al ámbito personal, interpersonal y social, tales como: la externación de sentimientos de profundo malestar; la voluntad de reforzar la imagen de uno mismo; la institución del sentido de pertenencia a un determinado grupo; la manifestación de sentimientos antisociales y la representación simbólica o el recuerdo de un evento significativo (Aizenman & Jensen, 2007; Anderson & Sansone, 2003). Otros estudios ponen en evidencia, al contrario, que tales comportamientos cumplen con la función de mecanismo de defensa y de estrategia de *doping*, que adolescentes y jóvenes adultos utilizan como acción para enfrentar una situación de sufrimiento (Derouin, Bravender & Terrill, 2004).

En esta etapa de evolución es importante distinguir las modalidades de ataque al cuerpo *adolescence-limited*, relacionadas con tendencias y modas juveniles de apoyo de la fragilidad narcisista (Ladame, 2004) que cumplen con la función de “prótesis identitaria” (Le Breton, 2002), de otras modalidades, más patológicas, más graves a nivel de pronóstico médico, que se caracterizan por la voluntad de lastimarse intencionalmente, como en el caso de las autolesiones. Sobre la base de los estudios de Moffitt (1993; 2003), centrados en la transformación crónica de las conductas agresivas dirigidas hacia el otro, es posible observar algunas formas de agre-

sión auto-dirigida *life course persistent* que se manifiestan a partir de las primeras fases del desarrollo y que se mantienen y se hacen crónicas con el transcurrir del tiempo hasta desembocar en un malestar declarado (Síndrome de Autolesiones Repetitivas). Tales conductas se expresan con modalidades más violentas y reiteradas y los síntomas se hacen más graves en el transcurso del desarrollo, de tal manera que resulta más larga y compleja también la intervención terapéutica, especialmente porque la conducta autoagresiva repetida se presenta frecuentemente en coexistencia con otras patologías tales como: trastornos de la alimentación, depresión, PTSD y trastornos de personalidad, en particular de cluster B.

Por autolesiones deliberadas (*Deliberate Self-Harm -DSH*) se entiende una conducta que origina un daño o una herida al propio cuerpo o a partes del mismo y se caracteriza por intencionalidad, reiteración y falta de intención suicida (Kahan & Pattison, 1984; Favazza, 1996; Gratz, 2001; Manca, 2009; Cerutti *et al.*, 2011 a;b). Esta autoagresión no tiene que producirse como respuesta a alucinaciones y en presencia de diagnóstico de autismo o retraso mental grave (Favazza & Rosenthal, 1993; Yates, Tracy & Luthar, 2008); se caracteriza por falta de control del impulso, por aumento de la tensión y por una sensación de alivio sucesiva a la puesta en acto de la autoagresión.

El DSH surge en la primera adolescencia (doce-catorce años) y la forma más común es la superficiales/moderadas (Favazza, 1998). Las modalidades autoagresivas utilizadas con mayor frecuencia son la acción de cortarse (*cutting*), quemarse (*burning*), las escarificaciones, la interferencia con el proceso de cicatrización de heridas, la acción de morderse y de insertar objetos por debajo de la piel y debajo de las uñas (Pattison & Kahan, 1983; Favazza 1998). En estos últimos casos, el cuerpo puede representar un lugar de expresión del sufrimiento psíquico o también un instrumento para comunicar necesidades y conflictos evolutivos (Armstrong *et al.*, 2004).

Según otros autores, estos ataques hacen posible también la agresión de lo que perjudica la integridad del mismo individuo (Irwin, 2001; Velliquette & Murray, 2002). El acto por lo tanto se convierte en una expresión de defensa extrema, realizada por un “Sí mismo” quien lucha contra la angustia de reconocer su propia fragilidad y sus propias necesidades (Pelanda, 2008). Durante la etapa adolescente el joven debe enfrentar los cambios profundos que las transformaciones psico-físicas determinan en su propio mundo

interno. Al desarrollarse este proceso con regularidad, el adolescente vive y reconoce su propio cuerpo como parte de un Sí mismo integrado. Cuando, al contrario, el proceso no es superado de manera regular o se produce una fijación, el resultado es una representación del cuerpo no subjetivado, que el adolescente lleva consigo mismo como resultado de una interacción con el ambiente centrada en la atribución y en su asunción como entidad separada por la propia identidad psíquica. Este tipo de adolescente, para apropiarse en términos psíquicos de su propio cuerpo y para tomar el control sobre éste, lo ataca con actos autodestructivos (Albero, Cesari & Pelanda, 2008). El fracaso de las tareas evolutivas y del equilibrio entre la necesidad de continuidad en defensa de su propia identidad (narcisismo), por un lado, y el impulso al cambio (fisiológico en la adolescencia), por el otro, provoca en el adolescente una fuerte sensación de frustración. La desconfianza que deriva de ello, junto con la rabia, representan el proceso que lleva al adolescente a hacerse daño. La acción violenta dirigida contra sí mismo representa una modalidad destructiva y patológica defensiva de la propia identidad narcisista (“Yo decido sobre mi cuerpo y sobre mi vida”).

El adolescente, quien se caracteriza por sentimientos de poder y tal vez de omnipotencia, se golpea contra la impotencia, la confusión y la dependencia. La conducta autoagresiva puede atenuar el conflicto entre la necesidad de alcanzar el objeto y el miedo de experimentar esta dependencia. Los sentimientos de amor, odio y rabia expresan el vínculo con el objeto. Mediante el ataque a sí mismo en el cuerpo, el adolescente puede preocupar al objeto y mediante esta preocupación puede controlarlo y tenerlo atado a él.

El *cutting* cumple con la función de manejar estados emocionales particularmente intensos como la rabia, la frustración, la vergüenza y el vacío (Suyemoto & MacDonald, 1995; Connors, 1996) y de autorregular la afectividad (Figueroa, 1998). En efecto, el *acting* dirigido hacia el propio cuerpo anula toda posible insensibilidad y, en términos más generales, el sufrimiento psíquico con ésta relacionado, mientras, al mismo tiempo, se convierte en un mecanismo de manejo de la tensión, de la disforia, de la ansiedad y de toda situación de estrés (Simeon, 1992; Strong, 1998; Smith *et al.*, 1999; Wells, 1999).

REDEFINIR LOS CONFINES DEL CUERPO: ¿POR QUE LA PIEL?

Las partes del cuerpo más frecuentemente atacadas son los brazos, las piernas, el tórax y otras zonas de la parte frontal del cuerpo siendo ésta, por un lado, la más accesible y, por el otro, más fácil de ocultar, con el fin de poder mantener completamente en secreto tales conductas.

La piel representa el elemento de separación, de límite entre el mundo interno y el mundo externo, de comunicación y de interacción entre ambos mundos y de discriminación entre el adentro y el afuera; “el cuerpo, y sobre todo su superficie, es el lugar donde pueden producirse contemporáneamente percepciones externas e internas” (Freud, 1922). La piel es el lugar donde se supera de manera muy clara la diferenciación entre cuerpo y mente, porque es el lugar donde entran en contacto el aparato psíquico y el aparato físico ya indiferenciados (Anzieu, 1985). Con respecto a la comprensión de la integración *psiquis-soma*, Winnicott (1975) ofreció un aporte relevante, en particular acerca del proceso de personalización caracterizado por el progresivo acomodamiento del cuerpo en la psiquis favorecido por la presencia de una madre devota capaz de criar, cuidar y preocuparse por su propio hijo. Este, al comienzo, se encuentra en un estado primario de falta de integración, donde la comunicación es mediada, en primer lugar, por la regulación de las necesidades fisiológicas que a la vez vehiculizan emociones básicas con respecto a las primeras huellas primarias, constitutivas de la memoria biológica. El factor biológico de la necesidad básica es amplificado por los afectos, asociados con diferentes estados, que resultan modulados por la persona quien cuida del niño; la realidad de un estado del Sí mismo, por lo tanto, se originaría en la combinación de una percepción y de una confirmación que consiste en una respuesta y en un reconocimiento externo de tipo empático. La repetición de la necesidad fisiológica y de su satisfacción crean para el niño un sentido de familiaridad de estado que le permiten diferenciar su propio Sí mismo emergente (Lichtenberg, 1995). En los primeros meses de vida los objetos son experimentados en función de los cambios que suscitan en el cuerpo del niño. Las sensaciones corporales y las modificaciones fisiológicas inducidas por la presencia del otro pueden por lo tanto constituir una forma primitiva que pretende recuperar la presencia de la madre (presencia somática) cuando todavía su ausencia no puede ser representada a nivel simbólico.

Las capacidades de *holding*, *handling* y *object presenting* maternas son fundamentales para un sano desarrollo del niño. El *holding* es el apoyo, no sólo físico, ofrecido al niño que todavía no puede sostenerse autónomamente; se entiende como la capacidad materna de mantener-sostener-educar y provee al recién nacido de la experiencia de “estar en brazos”. El *handling* incluye aquel conjunto de manipulaciones corporales maternas: los cuidados y el aseo así como los juegos corporales y los actos afectivos; provee al recién nacido de la experiencia de “estar sostenido junto con”. El *object presenting* se refiere a la capacidad materna de hacer disponible para el niño el objeto en el exacto momento en que lo necesita.

Tales capacidades permiten la evolución de las primitivas modalidades autocalmantes que dan consuelo en las experiencias transicionales y el desarrollo de las capacidades simbólicas fruto de situaciones relacionales en donde el niño experimenta experiencias del tipo “él (el *caregiver*) piensa que yo pienso, por lo tanto existo” (Winnicott, 1958; Fonagy & Target, 2001). La experiencia transicional se configura como un ámbito protegido donde es posible mantener el contacto con la experiencia infantil de omnipotencia y donde el sí creativo puede jugar y actuar, donde se puede alcanzar el equilibrio entre la libre expresión de sí mismo y la vida en el mundo real. Si el entorno no sostiene adecuadamente tales procesos favoreciendo la transformación de las necesidades del cuerpo en necesidades del Yo, se observará una escisión entre mente y cuerpo, la formación de un falso Sí (Winnicott, 1975).

Winnicott sostiene, por lo tanto, que el desarrollo del Sí está basado inicialmente en experiencias físicas en donde la psiquis y el cuerpo del niño, mediante adecuados cuidados maternos, se integran en una unidad *psiquis-soma*. El reflejo empático y la manipulación de la madre con respecto al recién nacido ayudan a definir los confines del cuerpo y, sucesivamente, a ofrecer la posibilidad de distinguir el cuerpo propio del cuerpo de la madre. El autor evidencia que la calidad de los cuidados maternos, concretos y diarios, determina la continuidad o la discontinuidad del desarrollo emocional del niño; a partir de esta disyuntiva pueden provocarse una inadaptación y una dependencia absoluta que no favorecen el crecimiento; por consecuencia, los procesos intelectuales de cada individuo deberán sucesivamente compensar tales carencias.

Ogden (1999) evidencia como, en caso de que el entorno no haya sido facilitador, el niño experimenta la prematura separación corpo-

ral de la madre de la misma forma que la pérdida de una parte de su propio cuerpo. Este tipo de experiencia pre-verbal y pre-conceptual es vivida como un profundo ataque a la propia integridad; el niño trata de defenderse mediante un uso patológico, rígido de los objetos “autista”, de los objetos “sensación” (Tustin, 1980), al fin de poder recuperar las pérdidas sensaciones de consuelo y de poder negar la separación. El uso de tales objetos deriva del reemplazo de la madre con sus propios sentidos, experiencia que permite el retraining del individuo en una matriz de sensaciones autogeneradas y lo sustrae de la imprevisibilidad de las relaciones humanas, aislándolo del mundo de las sensaciones que provienen de la realidad interpersonal. El uso persistente no permite su evolución en objetos transicionales y sucesivamente en objetos del proceso de separación sana; no consiente el desarrollo de la capacidad de pensar, sentir, jugar e imaginar.

También Anzieu (1985) profundiza el estudio de esta transición desde el estado de no integración al estado de integración a través de las modalidades de la contención maternal. Considera que la piel es un “envoltorio psíquico (*enveloppe*)” que le permite a la psiquis desarrollarse en formas más complejas.

Anzieu (1985) define al Yo-Piel como “una representación que utiliza el Yo del niño, durante las etapas precoces del desarrollo, para representarse a sí mismo como Yo que incluye los contenidos psíquicos, a partir de su propia experiencia de la superficie del cuerpo. El Yo-Piel encuentra su propio apoyo en las diversas funciones de la piel. La primera es la función propia de una bolsa que contiene y retiene en su interior todo lo bueno acumulado por la lactancia y los cuidados. La segunda función es aquella de una superficie de separación (interfaz) que marca el límite con el afuera y lo mantiene en su exterior, en calidad de barrera que protege de la penetración de la afección y de la agresión ajenas. La piel, en fin, es, al mismo tiempo que la boca, un lugar y un medio de comunicación primaria con los demás, con quienes se establecen relaciones significativas; ésta es, además, una superficie de inscripción de las huellas que estas relaciones dejaron”. El Yo-Piel es, por lo tanto, un “envoltorio psíquico”, un contenedor somato-psíquico de lo que el niño pudo experimentar en el contacto con la madre (Anzieu *et al.*, 1993). En esta superficie se colocan las experiencias de ser tocado, protegido, escuchado y alimentado y, al mismo tiempo, los sentimientos de seguridad, estabilidad y protección relacionados con tales experien-

cias. El Yo, en otros términos, no manifiesta la conducta “propia de la piel” por simple analogía, sino se radica en la piel, tiene un origen epidérmico y “propioceptivo”, nace y se desarrolla en el contacto de un cuerpo con otro.

La función interna de contener las partes del Sí depende, principalmente, de la introyección de un objeto externo, vivido como capaz de desarrollar esta función. Este objeto se constituye, normalmente, durante el acto de amamantar gracias a la doble experiencia que hace el niño del pezón materno contenido en su boca y de su propia piel contenida por la piel de la madre, quien lo abraza, lo ampara, le habla y emana un determinado olor, con el que el niño está familiarizado. El objeto contenedor es vivido concretamente como una piel. Si la función de contención es introyectada, el niño puede apropiarse de la noción de interior y exterior, diferenciando por lo tanto el Sí y el Objeto. Si, al contrario, la función de contención no se desarrolla de manera adecuada, tanto por una carencia del objeto real como por ataques fantaseados en contra de éste, la introyección no se produce. Una normal introyección es reemplazada por una continua confusión de identidad. De tal manera el niño buscará frenéticamente un objeto, una luz, una voz o un olor que pueda mantener la atención sobre su cuerpo y le permita, de manera temporaria, mantener unidas las partes de su cuerpo. El niño, por lo tanto, se mantiene unido a sí mismo mediante la relación con estos objetos y, especialmente, la “adhesión”, el “apego” a la madre (identificación adhesiva) (Bick, 1968).

Gaddini (1981), por otro lado, insiste en identificar el desarrollo de la mente como un proceso que se origina desde el cuerpo e implica una gradual adquisición mental del Sí corporal. El aprendizaje mental es primariamente un aprendizaje del funcionamiento fisiológico. El concepto de Yo-Somático o Yo-Piel, retomado por Gaddini (1987), representa la primerísima organización del Sí experimentada a través de las sensaciones corporales, sobre todo las sensaciones táctiles. El niño, si no recibe los estímulos apropiados a nivel sensitivo, no logrará percibir la sensación de ser una única entidad, protegida y contenida por la piel. Esto podría determinar una incapacidad de saber diferenciar el Sí de los demás, adentro y afuera, fantasía y realidad. El acto de autolastimarse intervendría en la resolución de estos conflictos mediante el uso primitivo del cuerpo (Gaddini, 1987).

“El acto de automutilación redefine los límites del cuerpo, dife-

renciando el Sí de los demás. La sangre derramada desde las heridas prueba que adentro del cuerpo hay vida. La estimulación de la piel por medio de la automutilación ayuda a reconstruir la despedazada percepción del Sí, reactivando el Yo-Somático y tal vez recreando una experiencia táctil que, por lo menos para aquel que se lastima, produce placer y consuelo” (Raine, 1982). Semejante conducta puede estar, en efecto, relacionada con la falta de cuidados maternos durante la infancia, especialmente en relación con la falta de contacto corporal o con el *caregiver* (Pao, 1969).

Algunos autores elaboraron la hipótesis que la preferencia de los brazos como partes para herir el propio cuerpo pueda también tener un latente significado de castigo hacia la madre más que a sí mismo, porque los brazos representarían los brazos de la madre que no acunaron y protegieron correctamente al niño. Actualmente estudios con orientación psicodinámica analizan como el contacto cutáneo entre la madre y el hijo recién nacido es un factor determinante en función del desarrollo psíquico del niño y por lo tanto en función de las dinámicas afectivo-emocionales, cognitivas y de la construcción del esquema y de la imagen corporal (Orlandelli, Garcovich & Satta, 2002). En esta perspectiva es importante destacar la importancia del rol de la piel. El *self-injurer* siente la necesidad de atacar su propio límite, de manera que el dolor callado podría encontrar un desahogo con el fin de ser regulado y calmado. El dolor y la herida autoinflingida son pensados como una forma ritualizada que le permite al individuo reconfigurar a su gusto los confines entre sí mismo y el mundo que lo rodea.

En la perspectiva de quien actúa mediante una conducta autolesiva, la incisión de su propia piel sería un acto de reivindicación de su propia existencia. El hecho de autoagredirse se convertiría, si bien a nivel inconsciente, en una forma de autoayuda, en un acto extremo porque extrema es la condición en donde el cutter se encuentra: una condición de alienación total, no sólo con respecto al mundo que lo rodea, sino directamente con respecto a su misma corporalidad (Ladame, 2004).

BIBLIOGRAFIA

- AIZENMAN, M.; JENSEN, M. A. C. (2007) Speaking through the body: the incidence of self-injury, piercing, and tattooing among college student. *Journal of College Counseling*, 10, 27-42.
- ALBERO, D.; FREDDI, C.; PELANDA, E. *Il corpo come se. Il corpo come sé. Trasformazione della società e agiti auto lesivi in a adolescenza*. Milano, Franco Angeli, 2008.
- ANZIEU, D. *Le Moi-peau*. Bordas, Paris, 1985.
- *Le contenus de pensée*. Paris, Dunod, Paris, 1993.
- ARMSTRONG, M. L.; ROBERTS, A. E.; OWEN, D. C.; KOCH, J. R. (2004) Contemporary college students and body piercing. *Journal of Adolescent Health*, 35, 58-61.
- BICK, E. (1968) The experience of skin in the early object relation. *International Journal of Psychological Annals*, 49, 484-486.
- BLOS, P. (1971) *L'adolescenza: una interpretazione psicoanalitica*. Milano, Franco Angeli.
- CERUTTI, R.; MANCA, M. (2008) *I comportamenti aggressivi. Percorsi evolutivi e rischio psicopatologico*. Nuova edizione, Roma, Kappa, 2008.
- CERUTTI, R.; PRESAGHI, F.; MANCA, M.; GRATZ, K. L. Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2011a, Accepted for Publication.
- CERUTTI, R.; MANCA, M.; PRESAGHI, F.; GRATZ, K. L., Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents, 2011b. *Journal of Adolescence*, 34, 2: 337-347.
- CONNORS, R. (1996) Self-injury in trauma survivors: I. Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 2, 197-206.
- DEROUIN, A.; BRAVENDER, R. N.; TERRILL, N. P. (2004) Living on the Edge: the current of phenomenon of self-mutilation in adolescents. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 29, 1, 12-18.
- FAVAZZA, A. (1996) *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- (1998) The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 259-268.
- FAVAZZA, A.; ROSENTHAL, R. (1993) Diagnostic issue in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-139.
- FIGUEROA, M. D. (1998) A dynamic taxonomy of self-destructive behavior. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25, 2, 280-287.

- FONAGY, P.; TARGET, M. (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano, Raffaello Cortina.
- FREUD, S. (1922) L'io e l'Es. In *Opere IX*, Torino, Bollati Boringhieri.
- GADDINI, E. (1953-85) *Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico*. Scritti, Milano, Raffaello Cortina, tr. it. 1989, 1981.
- (1987) Notes on the Mind-Body Question. *The International Journal of Psychoanalysis*, 68, 315-329.
- GRATZ, K. L. (2001) Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23, 253-263.
- IRWIN, K. (2001) Legitimizing the first tattoo: Moral passage through informal interaction. *Symbolic Interaction*, 24, 1, 49-73.
- JACOBSON, C. M.; GOULD, M. (2007) The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11, 2, 129-147.
- KAHAN, J.; PATTISON, E. (1984) Proposal for a distinctive diagnosis: The Deliberate Self Harm Syndrome (DSH). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 14, 1, 17-35.
- LADAME, F. (2004) Attacchi al Corpo ed il Sè in pericolo. In: *Adolescenza, Childhood and Adolescent Psychosis*, 10, 77-81.
- LAUFER, M.; LAUFER, M. E. (1986) Il breakdown evolutivo. In: M. Laufer, M. E. Laufer (eds) *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Torino, Bollati Boringhieri.
- LE BRETON, D. (2002) *Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Paris, Editions Métailé.
- LICHTENBERG, J. (1995) *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano Raffaello Cortina, tr. it.
- MANCA, M. (2009) *Condotte autolesive in adolescenza*. Tesi di dottorato, Roma e Firenze.
- MOFFITT, T. E. (1993) Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 4, 674-701.
- (2003) Life-course persistent and adolescent-limited antisocial behavior: a 10-year research review and research agenda. In: Lahey, B. B.; Moffitt, T. E.; Caspi, A. *Causes of conduct disorders and juvenile delinquency*, New York, Guilford Press.
- OGDEN, T. H. (1999) *Reverie e interpretazione*. Roma, Astrolabio, tr. it.
- ORLANDELLI, E.; GARCOVICH, A.; SATTÀ, M. A. (eds.) (2002) *Malattie Cutanee e Psicogenesi*. Società Editrice Universo.

- PAO, P. N. (1969) The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 3, 195-206.
- PATTISON, E. M.; KAHAN, J. (1983) The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- PELANDA, E. (2008) Agiti, azione, intervento clinic. In: Albero, D.; Freddi, C.; Pelanda, E. (eds), *Il corpo come se. Il corpo come sé. Trasformazione della società e agiti auto lesivi in adolescenza*, Milano, Franco Angeli, 124-141.
- RAINE, W. J. (1982) Self mutilation. *Journal of adolescence*, 5, 1, 1-13.
- SIMEON, D.; STANLEY, B.; FRANCES, A.; MANN, J. J.; WINCHEL, R.; STANLEY, M. (1992) Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.
- SMITH, G.; COX, D.; SARADJIAN, J. (1999) *Self-harm: understanding, coping, and healing from self-mutilation*. Routledge.
- SUYEMOTO, K.; MACDONALD, M. (1995) Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, 162-171.
- TUSTIN, F. (1980) Autistic objects. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 27-39.
- WINNICOTT, D. W. (1975) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze, Psycho Martinelli, tr. it.
- (1970) *Il bambino deprivato*. Milano, Raffaello Cortina, tr. it.
- YATES, T. M.; TRACY, A. J.; LUTHAR, S. S. (2008) Nonsuicidal self-injury among “Privileged” youth: Longitudinal an cross-section approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1, 52-62.

Trabajo presentado: 1-2-2011

Trabajo aceptado: 2-3-2011

Maura Manca

Via di Santa maria Mediatrice 22/6

00165, Roma

Italia

E-mail: maura.manca@uniroma1.it