



FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA SOCIETÀ E DELLA COMUNICAZIONE

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELLE
ORGANIZZAZIONI**

Tesi di Laurea in
PSICOLOGIA DELLA PERSONALITÀ E DELLE DIFFERENZE INDIVIDUALI

Corpi ristretti. Il fenomeno dell'autolesionismo in carcere

RELATRICE
Chiar.ma
Prof.ssa Paola Guariglia

CANDIDATA
CHIARA GELATTI
MATR. 0512300153

Anno Accademico 2024 - 2025

INDICE

Introduzione.....	1
Capitolo 1. Autolesionismo non suicidario.....	5
1.1 Comportamento suicidario e autolesionismo non suicidario.....	5
1.2 Definizione di comportamento autolesivo non suicidario e presenza nei manuali diagnostici.....	6
1.2.1 Il Disturbo da Autolesività Non Suicidaria (NSSID) (NSSID).....	8
1.3 Profili patologici associati all'autolesionismo.....	10
1.3.1 Disturbi di personalità.....	11
1.3.2 Disturbo di personalità borderline (BPD).....	11
1.3.3 Autolesionismo non suicidario con e senza disturbo borderline di personalità.....	12
1.4 Modelli funzionali dell'autolesionismo non suicidario.....	14
1.5 Fattori di rischio.....	20
1.6 La disregolazione emotiva.....	28
1.7 Meccanismi neurobiologici dell'NSSI.....	29
1.7.1 Disregolazione fronto-limbica e disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA).....	29
1.7.2 Dipendenza dal dolore.....	31
1.8 Relazione tra autolesionismo non suicidario e suicidalità.....	39

1.9 Diffusione del fenomeno.....	41
Capitolo 2 Il carcere.....	43
2.1 Il carcere come istituzione totale.....	43
2.2 Sindromi carcerarie.....	44
2.2.1 Sindrome da ingresso in carcere.....	44
2.2.2 Sindrome da prisonizzazione.....	48
2.2.3 Sindrome di Ganser.....	49
2.3 I modelli di importazione e di deprivazione.....	50
2.4 Le funzioni dell'autolesionismo non suicidario nella popolazione detenuta.....	53
2.5 Fattori di rischio nella popolazione detenuta.....	53
2.6 Tipologia di atti autolesivi e la loro frequenza.....	61
2.7 Statistiche delle carceri italiane.....	62
Capitolo 3 Interventi e strategie di prevenzione.....	64
3.1 I servizi psicologici per i detenuti.....	64
3.2 Valutazione del rischio.....	65
3.2.1 Il servizio nuovi giunti.....	65
3.2.2 Jail Screening Assessment Tool (JSAT).....	67
3.3 Programmi terapeutici efficaci.....	69
3.3.1 Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT).....	69

3.3.2	Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT).....	70
3.4	Caratteristiche comuni degli interventi efficaci.....	73
3.4.1	Relazione terapeutica positiva.....	73
3.4.2	Analisi dell'incidente.....	75
3.4.3	Skill training.....	76
3.4.4	Ristrutturazione cognitiva.....	79
	Conclusioni.....	81
	Bibliografia.....	86
	Sitografia.....	123

Introduzione

Negli ultimi anni il fenomeno dell'autolesionismo non suicidario ha suscitato sempre più interesse all'interno della comunità scientifica.

Le motivazioni sono molteplici. L'aumento del fenomeno, soprattutto negli adolescenti e nei giovani adulti, l'inclusione della diagnosi di Disturbo da Autolesività Non Suicidaria (Nonsuicidal Self-Injury Disorder, NSSID) all'interno del DSM-5 (2013) nella sezione III "Condizioni che necessitano ulteriori studi" e la necessità di strutturare elementi di prevenzione e trattamento.

Il mio personale interesse nasce grazie al Tirocinio Pratico Valutativo che ho potuto svolgere presso l'Unità Operativa Complessa "Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense", più in particolare con l'Unità Operativa Semplice "Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli IIPP" dell'AUSL di Parma, che opera presso gli istituti penitenziari di Parma, istituti di pena esclusivamente dedicati a uomini adulti.

All'interno dei contesti detentivi questo fenomeno è in aumento e la percentuale di atti autolesivi nella popolazione detenuta è maggiore rispetto alla popolazione non detenuta (Associazione Antigone, 2025; Dixon-Gordon et al., 2012).

Mi ha particolarmente affascinato la lettura del testo intitolato "L'autolesionismo" di Mario Rossi Monti e Alessandra D'Agostino (2009). Gli autori individuano sei grandi organizzatori di senso che potrebbero orientare all'interno di un ambito che si pone ai confini tra normalità e patologia. I primi tre permetterebbero di comprendere il comportamento autolesivo "deviante", mentre gli ultimi tre quello "culturalmente approvato". Questi organizzatori, che intrecciandosi possono fungere da punti di riferimento ai quali ricondurre i comportamenti autolesivi, sono i seguenti (Rossi Monti & D'Agostino, 2009):

- 1) concretizzare: le ferite sono una traduzione di uno stato psichico in uno fisico, per controllare attraverso il corpo sentimenti intollerabili;
- 2) punire-estirpare-purificare: ferirsi per punirsi ed estirpare una parte cattiva di sé e depurarsi/disintossicarsi; un modo per sfogare la rabbia e tentare di riorganizzare un Sé frammentato (per evitare di indirizzarla verso altri o per evitare il suicidio); oppure, ancora, la ripetizione inconscia di una sequenza emotiva che rimanda ad un passato di abusi, laddove non vi sia la capacità di ricordare e rielaborare, che avrebbe la funzione di schermo;
- 3) regolare la disforia: ferirsi per controllare dei sentimenti di tensione spiacevole, angoscia, irritazione, configurandosi come modalità disfunzionale di gestione di uno stato emotivo caratterizzato da tensione interna intollerabile. In particolare, nel Disturbo Borderline di Personalità l'autolesionismo può rappresentare un tentativo di modulare uno stato disforico cronico, spesso sottostante e persistente, contraddistinto da irritabilità, instabilità dell'umore, rabbia intensa, senso di vuoto e confusione. Tali comportamenti possono inoltre interrompere momentaneamente esperienze dissociative come la derealizzazione o la depersonalizzazione, restituendo alla persona una percezione più nitida del sé corporeo e una sensazione di vitalità, in contrapposizione a vissuti di vuoto o torpore emotivo;
- 4) comunicare senza parole: ferirsi diventa comunicazione di qualcosa che non si riesce a dire a parole. Le condotte autolesive possono rappresentare un tentativo disperato di rendere visibili stati interni altrimenti indicibili, nonché una modalità disfunzionale di regolazione interpersonale, orientata al controllo delle reazioni

emotive altrui o all'evocazione di risposte di cura e accudimento. In tale contesto, si fa talvolta riferimento, in modo riduttivo e non sempre appropriato, al concetto di "manipolazione", termine che presuppone capacità metacognitive, intenzionalità strategica e funzioni mentali complesse che risultano frequentemente compromesse nei quadri clinici a più elevata disorganizzazione dell'identità e della rappresentazione di sé e dell'altro;

- 5) costruire una memoria di sé: le ferite assumono il ruolo di marcatori di fatti accaduti e di emozioni, che corrispondono a importanti punti di passaggio. Così che determinate vicende lascino una traccia visibile, che accompagni sempre la persona;
- 6) volgere in attivo: le ferite rappresentano un tentativo di trasformare in azioni esperienze vissute in modo passivo, subite o imposte dall'esterno. Costituiscono un modo per rovesciare il senso di impotenza, esso stesso fonte di traumatico, in un atto traumatico autoinflitto, di cui si può rivendicare la paternità. È come se si scegliesse di "cambiare pelle" piuttosto che cambiare se stessi. Tuttavia, queste ferite assumono anche una valenza sociale: possono configurarsi come un rituale attraverso cui riaffermare la propria volontà di controllo sulla vita, o diffondersi per "contagio" sociale, diventando un mezzo di costruzione identitaria, spesso in opposizione agli altri. In questa prospettiva, le ferite si trasformano in segni da mostrare, veri e propri emblemi distintivi dell'individuo.

Mi sono dunque chiesta quali siano le variabili personali e di contesto da considerare, quanto il contesto influenza questo tipo di comportamento, quali siano le strategie di prevenzione ed i trattamenti più efficaci attuabili.

Il presente elaborato è suddiviso in tre parti.

Nel primo capitolo delinea un quadro teorico complessivo del fenomeno dell'autolesionismo non suicidario, al suo inquadramento diagnostico, ai profili psicopatologici associati, ai modelli funzionali proposti in letteratura, ai meccanismi neurobiologici che lo alimentano e ai principali fattori di rischio individuati; nel secondo capitolo approfondirò il fenomeno dell'autolesionismo all'interno dei contesti carcerari; nel terzo capitolo tratterò di interventi e strategie di prevenzione attuabili all'interno dei contesti detentivi e giungerò poi alle conclusioni.

Capitolo 1

Autolesionismo non suicidario

1.1 Comportamento suicidario e autolesionismo non suicidario

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR; APA, 2022), definisce il comportamento suicidario come comportamento autolesivo caratterizzato dall'intenzionalità di morire. Il soggetto che mette in atto questo agito sarebbe mosso da questa intenzione, che potrà essere esplicita o dedotta dal comportamento stesso e dalle circostanze. Il comportamento suicidario non è riconosciuto come un disturbo a sé stante, ma viene considerato un importante indicatore di rischio e un sintomo rilevante in diversi disturbi psichiatrici, quali i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia, i disturbi post-traumatici da stress e i disturbi della personalità del Cluster B. Il manuale sottolinea la necessità di valutare attentamente la presenza di pensieri e comportamenti suicidari come parte integrante della diagnosi e del trattamento, evidenziandone la complessità e la gravità.

Pompili (2018), nel suo testo "Il rischio suicidio", evidenzia la natura complessa e multidimensionale del fenomeno suicidario, che coinvolge aspetti biologici, psicologici, sociali e culturali. Pompili sottolinea come la sofferenza psicologica profonda, spesso accompagnata da una percezione di incapacità nel gestire il dolore esistenziale, rappresenti un fattore cruciale nel rischio suicidario. In particolare, l'autore descrive il suicidio come un processo dinamico in cui la persona si trova a fronteggiare una progressiva disgregazione del senso di sé, un'accentuazione del senso di isolamento e una perdita di speranza. Questi elementi concorrono a generare un desiderio intenso di fuga dalla sofferenza,

talvolta manifestato attraverso segnali ambigui o comportamenti autolesivi che possono sfociare nel tentativo suicidario vero e proprio.

Il comportamento autolesivo non suicidario, non ha come obiettivo la morte ed assume una funzione regolatoria delle emozioni, rappresentando spesso un modo per gestire stati di sofferenza intollerabile (Pompili, 2022). In questo senso, può essere inteso come una forma di comunicazione non verbale del disagio, un tentativo di ristabilire un senso di controllo interno o di alleviare temporaneamente il dolore emotivo.

Entrambi i comportamenti sono spesso associati a una sofferenza profonda, talvolta radicata in esperienze traumatiche, sentimenti di vuoto o disconnessione relazionale. La differenza sostanziale risiede nella direzione dell'atto: nel comportamento suicidario, l'esito voluto è la morte; nell'autolesione non suicidaria, invece, la finalità può essere legata alla sopravvivenza, alla ricerca di sollievo o alla riaffermazione di un senso di controllo.

1.2 Definizione di comportamento autolesivo non suicidario e presenza nei manuali diagnostici

L'interesse scientifico per i comportamenti autolesivi ha radici che precedono la definizione attuale di Non-Suicidal Self-Injury (NSSI). In letteratura si trovano differenti termini per descrivere il comportamento autolesivo (es. self-harm, self-mutilation, parasuicide, suicidal behaviours, self-injurious behaviour, non-suicidal self-injury, self-aggression, self-destruction).

Nel 2007, l'International Society for the Study of Self-Injury (ISSS), definisce l'autolesionismo non suicidario (NSSI) come:

"La distruzione deliberata e autoinflitta di tessuti corporei che provoca danni immediati, senza intento suicida e per scopi non socialmente sanciti. In quanto tale, questo comportamento si distingue da: comportamenti suicidari che implicano l'intenzione di morire, overdose di droghe e altre forme di comportamenti autolesionistici, inclusi comportamenti culturalmente sanzionati eseguiti per scopi ostentati o estetici; forme ripetitive e stereotipate riscontrate tra individui con disturbi dello sviluppo e disabilità cognitive, e forme gravi (ad esempio, autoimmolazione e autocastrazione) riscontrate tra individui con psicosi." (Heath et al., 2008, p.138)

Sebbene già negli anni 30 del 1900, il fenomeno dell'autolesionismo iniziava ad accogliere l'interesse di ricercatori e numerosi studi abbiano poi successivamente approfondito l'argomento, nei manuali diagnostici precedenti al DSM-5, l'autolesionismo non suicidario non era riconosciuto come entità diagnostica autonoma. Nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) e nel DSM-IV-TR (APA, 2000), i comportamenti autolesivi venivano trattati come manifestazioni sintomatiche di altri disturbi, in particolare del Disturbo Borderline di Personalità (BPD). Nel DSM-IV-TR, il comportamento autolesivo è incluso tra i criteri diagnostici del BPD, dove si fa riferimento a "ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante" (APA, 2000). Tale formulazione rifletteva la visione secondo cui l'autolesionismo fosse parte integrante della disregolazione emotiva tipica del disturbo borderline.

Una svolta significativa si verifica con la pubblicazione del DSM-5 (APA, 2013). Per la prima volta, il manuale introduce il Non-Suicidal Self-Injury Disorder (NSSID) nella sezione "Condizioni che necessitano ulteriori studi". Questa collocazione riflette il riconoscimento dell'importanza clinica del fenomeno, pur

in assenza di una validazione empirica sufficiente per includerlo tra i disturbi ufficialmente diagnosticabili.

L'inclusione del NSSID nel successivo DSM-5-TR (APA, 2022) nella medesima sezione segna un importante riconoscimento del fenomeno come entità clinicamente rilevante e distinta dal comportamento suicidario, aprendo la strada a ulteriori ricerche e alla costruzione di interventi terapeutici mirati. Viene enfatizzato il ruolo trasversale del NSSID rispetto a diverse categorie psicopatologiche, riconoscendolo come comorbido a numerosi altri disturbi (tra cui disturbi depressivi, disturbi alimentari e i disturbi da sostanze), ma non necessariamente indicativo di un disturbo di personalità borderline. Viene inoltre rafforzata la distinzione concettuale tra autolesionismo non suicidario e comportamento suicidario: sebbene il NSSID costituisca un fattore di rischio per il suicidio, esso non implica un intento di morte e risponde a funzioni psicologiche differenti, principalmente di tipo regolativo.

La permanenza del NSSID nella sezione “Condizioni che necessitano ulteriori studi” del DSM-5-TR indica che la comunità scientifica non ha ancora raggiunto un consenso definitivo sulla sua validità come diagnosi autonoma, ma riconosce la sua rilevanza clinica e la necessità di criteri diagnostici più accurati e culturalmente sensibili.

1.2.1 Il Disturbo da Autolesività Non Suicidaria (NSSID)

Il Disturbo da Autolesività Non Suicidaria (Nonsuicidal Self-Injury Disorder, NSSID) secondo il DSM-5-TR (APA, 2022) descrive condotte autolesive ripetute, senza intento suicidario, che assumono una funzione regolativa rispetto agli stati affettivi negativi. I criteri diagnostici del Disturbo da autolesività non suicidaria (NSSID) includono:

A. Negli ultimi 12 mesi, l'individuo si è inflitto, in 5 o più giornate, una lesione intenzionale della superficie corporea (per es., tagli, bruciature, colpi autoinflitti) di una gravità tale da causare sanguinamento o dolore, senza intento suicidario, con l'aspettativa che la lesione porti sollievo da uno stato negativo, induca una sensazione positiva, o risolva una difficoltà interpersonale. L'assenza di intento suicida è affermato dal soggetto oppure dedotto dalla ripetizione di un comportamento del quale ha appreso che non conduce alla morte.

B. L'individuo agisce con lo scopo di:

1. Ottenere sollievo da sensazioni o stati cognitivi negativi.
2. Per risolvere difficoltà interpersonali.
3. Per provocare una sensazione positiva.

La risposta o il sollievo desiderato che vengono provati durante o subito dopo l'atto autolesivo suggeriscono una dipendenza alla ripetizione dello stesso.

C. Il comportamento autolesivo è associato almeno a uno dei seguenti contesti:

1. Difficoltà interpersonali, pensieri o sensazioni negative, come depressione, tensione, ansia, rabbia, disagio generalizzato, o autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente l'atto autolesionistico.
2. Prima dell'agito autolesivo, la presenza di un periodo di preoccupazione difficile da controllare, rispetto al gesto che la persona ha intenzione di commettere.
3. Pensieri ricorrenti sull'autolesionismo, anche se il comportamento non viene poi messo in atto.

D. Il comportamento non è socialmente approvato (es. piercing, tatuaggi, rituali religiosi o culturali) e non è limitato al mangiarsi le unghie o indursi lesioni da grattamento.

E. L'atto o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione nel funzionamento sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti.

F. Il comportamento non si verifica esclusivamente nel contesto di un episodio psicotico, delirio, intossicazione o astinenza da sostanze. Nei soggetti con disturbo del neurosviluppo, l'atto non è pattern di stereotipie ripetitive. L'agito non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o condizione medica.

1.3 Profili psicopatologici associati all'autolesionismo

Storicamente, il disturbo da autolesività non suicidaria (NSSID) era considerato come patognomico del disturbo di personalità borderline (BPD) (APA, 2022). Tuttavia, nonostante il NSSID sia spesso in comorbidità con il BPD, molti soggetti con NSSID non soddisfano i criteri del disturbo di personalità (APA, 2022). Entrambe le condizioni possono, inoltre, associarsi a una gamma più ampia di diagnosi psicopatologiche.

Come evidenziato da Turner et al. (2015) sia l'NSSI sia il BPD sono frequentemente associati a comorbidità con diversi disturbi psicopatologici. L'NSSI, ad esempio, si manifesta spesso in presenza di disturbi dell'umore (22-42%; Nock et al., 2006; Gollust et al., 2008; Odelius and Ramklint, 2014), disturbi d'ansia (11-89%; Gollust et al., 2008; Odelius and Ramklint, 2014), disturbi alimentari (22-61%; Favazza et al., 1989; Gollust et al., 2008; Selby et al., 2012; Odelius and Ramklint, 2014), uso di sostanze (44-59%; Nock et al.,

2006; Odelius and Ramklint, 2014) e disturbi della personalità (52-67%; Nock et al., 2006; Glenn and Klonsky, 2013). Analogamente, gli individui con BPD presentano frequentemente comorbidità diffuse, tra cui disturbi dell'umore (72-96%), disturbi d'ansia (41-88%), disturbi alimentari (24-53%), uso di sostanze (30-64%) e disturbi della personalità (31-73%) (Harned et al., 2008).

1.3.1 Disturbi di personalità

La caratteristica fondamentale dei disturbi di personalità consiste nella presenza di un pattern pervasivo e stabile di percezioni, pensieri, emozioni e comportamenti che si discosta in modo significativo dalle aspettative della cultura di appartenenza dell'individuo. Tale deviazione si manifesta in almeno due delle seguenti aree: modalità cognitive, risposta affettiva, funzionamento interpersonale o capacità di controllo degli impulsi (Criterio A). Questo schema disadattivo risulta inflessibile e si presenta in una vasta gamma di contesti personali e sociali (Criterio B), generando una sofferenza clinicamente rilevante o una compromissione significativa del funzionamento sociale, lavorativo o in altri ambiti cruciali della vita dell'individuo (Criterio C). Il pattern comportamentale è di lunga durata, con esordio riconducibile almeno all'adolescenza o alla prima età adulta (Criterio D), non è più adeguatamente spiegato da un altro disturbo psicopatologico (Criterio E), né può essere attribuito agli effetti fisiologici diretti di sostanze (ad esempio, sostanze psicoattive, farmaci, tossine) o di una condizione medica generale (come un trauma cranico) (Criterio F)(APA, 2022).

1.3.2 Disturbo di personalità borderline (BPD)

Il Disturbo di Personalità Borderline (BPD), viene definito dal DSM-5-TR come un pattern pervasivo di instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nell'umore, e di una marcata impulsività che inizia entro la prima età adulta. Per poter diagnosticare il disturbo il manuale richiede la presenza di almeno 5 sintomi dei 9 criteri qui di seguito elencati: sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono, pattern di relazioni interpersonali instabili e intense (caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione), alterazione dell'identità (immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile), impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il soggetto (es. abuso di sostanze, abbuffate, guida spericolata), ricorrenti comportamenti o minacce suicidarie o comportamento autolesivo, instabilità affettiva dovuta a marcata reattività dell'umore, sentimenti cronici di vuoto, rabbia inappropriata e intensa o difficile da controllare, ideazione paranoide transitoria associata allo stress o gravi sintomi dissociativi (APA, 2022).

Come evidenziato nell'analisi della definizione diagnostica, l'autolesionismo rappresenta uno dei nove criteri riportati nel DSM-5-TR per la diagnosi di disturbo borderline di personalità, descritto come “ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidarie, oppure comportamento automutilante” (APA, 2022).

1.3.3 Autolesionismo non suicidario con e senza disturbo borderline di personalità

Sebbene il comportamento autolesivo non suicidario sia altamente prevalente nel disturbo borderline di personalità, l'NSSI si verifica comunemente tra individui senza BPD. In effetti, nei campioni psichiatrici, circa il 50% dei pazienti adolescenti e adulti che presentano NSSI non soddisfa i criteri diagnostici per il

BPD e questi tassi sono probabilmente più elevati nei campioni di comunità (Turner et al., 2015).

In uno studio del 2015, Turner et al. evidenziano che gli individui con una storia di NSSI in comorbidità con BPD presentano un profilo clinico più grave rispetto a quelli senza tale diagnosi. Evidenze crescenti suggeriscono che l’NSSI in generale e, in modo particolare, la diversificazione delle modalità autolesive costituiscano predittori prospettici del comportamento suicidario. I soggetti con NSSI in comorbidità con BPD (NSSI+BPD) possono essere esposti a un rischio particolarmente elevato di suicidio, in quanto, oltre a un livello più marcato di sintomi depressivi e a una maggiore disregolazione emotiva, riportano tassi più alti di ideazione suicidaria rispetto ai soggetti con solo NSSI. Per quanto riguarda le modalità specifiche, il gruppo NSSI+BPD risultava più incline a praticare tagli, colpi alla testa, autocolpi e grattamenti rispetto agli autolesionisti senza diagnosi di BPD (Turner et al., 2015).

Sul piano diagnostico, i soggetti con storia di NSSI+BPD presentano una comorbidità psichiatrica più complessa rispetto a quelli senza BPD, riportando tassi più elevati di disturbi del DSM-IV. In particolare, la maggiore incidenza di disturbi d’ansia in questa popolazione suggerisce che la componente ansiosa possa avere un ruolo centrale nell’autolesionismo associato a BPD (Turner et al., 2015). Studi precedenti hanno ipotizzato che il legame tra NSSI e sintomi ansiosi possa dipendere da caratteristiche proprie del disturbo borderline di personalità, sottolineando l’importanza di una valutazione congiunta di NSSI e BPD nei contesti clinici (Andover et al., 2005). Inoltre, l’evidenza indica che i disturbi d’ansia e i disturbi di personalità correlati predicono una prognosi più sfavorevole e una minore risposta al trattamento nei pazienti con BPD (Turner et al., 2015).

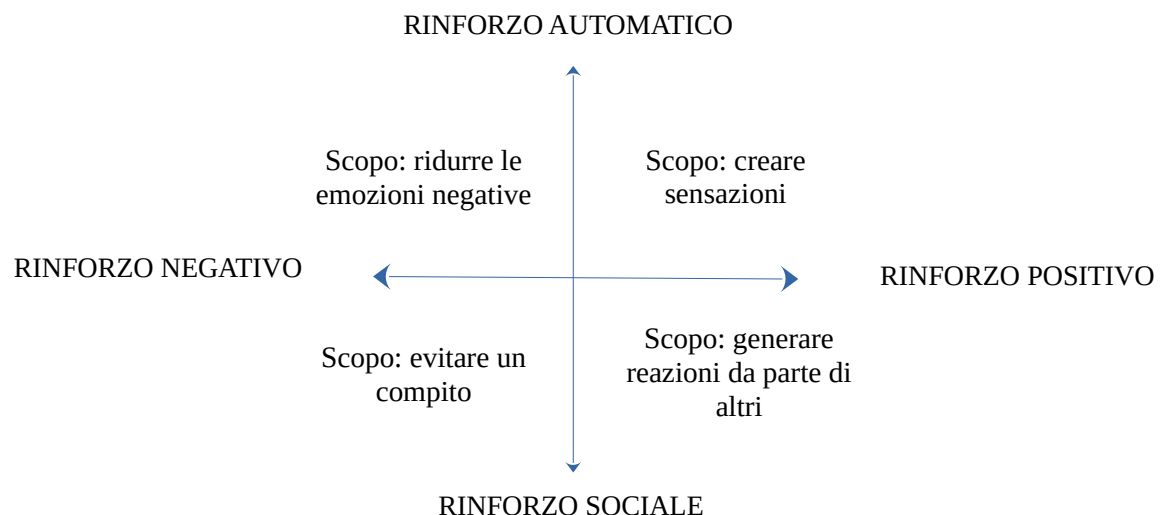
È stato osservato che la presenza di disturbi d'ansia modera l'efficacia della psicoterapia per l'NSSI: può facilitare un miglioramento iniziale, ma ridurre la probabilità di mantenimento dei benefici nel follow-up (Gratz et al., 2014). Inoltre, trattamenti consolidati per il BPD, come la terapia dialettico-comportamentale (Linehan, 1993), non sembrano determinare una remissione significativa dei disturbi d'ansia rispetto a terapie alternative esperte. Da ciò deriva che i soggetti con NSSI e BPD potrebbero necessitare di trattamenti più prolungati e di un'attenzione specifica alla riduzione dell'ansia, per favorire un miglioramento stabile dell'autolesionismo (Turner et al., 2015).

Va tuttavia sottolineato che anche il gruppo NSSI senza BPD ha mostrato una condizione complessa e clinicamente significativa, in linea con quanto già riportato in letteratura. In particolare, anche in assenza di BPD, circa il 90% degli adulti con NSSI soddisfaceva i criteri per un disturbo dell'umore, il 60% per un disturbo d'ansia, il 60% per un disturbo da uso di sostanze e il 10% per almeno un disturbo di personalità. Inoltre, la maggior parte dei partecipanti riferiva l'uso di più modalità autolesive, incluse quelle considerate più gravi, come i tagli, l'incisione di parole o immagini sulla pelle e le bruciature (Turner et al., 2015).

1.4 Modelli funzionali dell'autolesionismo non suicidario

Un modello di riferimento che identifica le funzioni che il comportamento autolesivo non suicidario assolverebbe è il Four-Function Model (FFM) proposto da Nock e Prinstein (2004). Tale modello, ampiamente validato, interpreta i comportamenti autolesivi in relazione agli antecedenti (eventi che li precedono) e alle conseguenze immediate (eventi che li seguono). L'ipotesi centrale è che l'NSSI venga attivato e mantenuto attraverso quattro funzioni principali, organizzate lungo due dimensioni dicotomiche: contingenze automatiche versus

sociali e rinforzo positivo (cioè seguito dalla presentazione di uno stimolo favorevole) versus rinforzo negativo (cioè seguito dalla rimozione di uno stimolo avversivo).



La funzione di rinforzo negativo automatico implica l'impiego delle NSSI per ridurre tensione o stati emotivi negativi (ad esempio, “per fermare sentimenti spiacevoli”). Questa funzione è la più frequentemente discussa in letteratura e vi sono alcune evidenze empiriche a supporto del suo ruolo di regolazione automatica delle emozioni. In particolare, uno studio sperimentale ha evidenziato che, rispetto ai soggetti non autolesionisti, chi praticava autolesionismo mostrava una riduzione della risposta psicofisiologica e soggettiva durante un compito di immaginazione dell'autolesionismo, fornendo un primo riscontro empirico di tale funzione (Haines, Williams, Brain, & Wilson, 1995). La funzione di rinforzo positivo automatico si riferisce invece all'uso del NSSI per generare uno stato fisiologico o emotivo desiderabile (ad esempio, “provare sensazioni, anche se dolorose”). In questo caso, l'autolesionismo non ha l'obiettivo di alleviare sentimenti negativi, ma di creare nuove esperienze emotive (Brown et al., 2002). Le funzioni di rinforzo sociale implicano l'uso del NSSI per influenzare o

regolare il contesto interpersonale. La funzione di rinforzo negativo sociale riguarda il ricorso al NSSI per sfuggire a richieste o obblighi sociali (ad esempio, “evitare punizioni o compiti spiacevoli imposti dagli altri”). Infine, la funzione di rinforzo positivo sociale concerne l’uso del NSSI per ottenere attenzione o risorse dagli altri (ad esempio, “cercare una reazione, anche negativa” o “comunicare il proprio malessere”).

I risultati dello studio di Nock e Prinstein (2004) rilevano che la metà dei soggetti autolesionisti (52,9%) dichiarava di farlo “per smettere di provare sensazioni negative”. In generale, gli item relativi al rinforzo automatico erano selezionati più frequentemente (24-53%) mentre solo tra il 6% e il 24% aveva scelto quelli relativi al rinforzo sociale. Ciò indica che le persone che mettono in atto comportamenti autolesivi lo fanno molto più frequentemente per regolare il proprio stato emotivo che per modificare o influenzare il comportamento altrui.

Un altro modello funzionale è stato proposto da Klonsky (2007). Egli ha analizzato le evidenze empiriche relative a sette funzioni che il comportamento autolesivo non suicidario assolverebbe, sottolineando come tale comportamento svolga principalmente la funzione di ridurre emozioni negative intense, generando un senso momentaneo di calma. Circa la metà degli individui riferisce inoltre un uso dell’autolesione come forma di autopunizione o di canalizzazione della rabbia contro sé stessi, mentre funzioni come l’influenza interpersonale o l’espressione del disagio risultano minoritarie. Le sette funzioni principali individuate da Klonsky (2007) sono:

1. Anti-suicidio. Il modello antisuicidio interpreta l’autolesionismo come un meccanismo di difesa volto a contrastare gli impulsi suicidari. In questa prospettiva, il comportamento autolesivo viene considerato un mezzo per esprimere pensieri suicidari senza incorrere nel rischio di morte,

configurandosi come un sostituto o un compromesso rispetto al desiderio di togliersi la vita.

2. Autopunizione. Il modello dell'autopunizione interpreta l'autolesionismo come manifestazione di rabbia o disprezzo rivolti verso il sé. Linehan (1993) propone che gli individui con comportamenti autolesivi abbiano interiorizzato, attraverso l'ambiente di sviluppo, modalità di autopunizione e invalidazione. Numerose evidenze empiriche indicano che la rabbia autodiretta e l'autodenigrazione rappresentano tratti salienti tra coloro che si autolesionano. In tale prospettiva, l'autolesionismo può essere percepito come un comportamento familiare ed ego-sintonico, divenendo una modalità di auto-consolazione di fronte al disagio emotivo.
3. Regolazione affettiva. Il modello di regolazione affettiva dell'autolesionismo postula che tale comportamento costituisca una strategia volta ad attenuare l'affetto negativo acuto o l'elevata attivazione emotiva. Secondo Linehan (1993), esperienze precoci in ambienti invalidanti possono favorire l'apprendimento di modalità inadeguate di gestione del disagio emotivo. Gli individui che provengono da tali contesti, e/o presentano predisposizioni biologiche all'instabilità emotiva, risultano meno capaci di modulare le proprie emozioni e sono pertanto più inclini a ricorrere all'autolesionismo come strategia disadattiva di regolazione affettiva. Sebbene i meccanismi attraverso cui l'autolesionismo riduce l'affetto negativo non siano ancora pienamente chiariti, sono state avanzate ipotesi sia di natura psicologica sia di natura biologica.
4. Anti-dissociazione. Il modello antidissociativo interpreta l'autolesionismo come una strategia di risposta a stati di dissociazione o di

depersonalizzazione. I soggetti che mettono in atto condotte autolesive possono sperimentare episodi dissociativi prolungati, in particolare in assenza di figure significative. Tali episodi possono emergere anche come conseguenza delle intense emozioni che caratterizzano l'esperienza soggettiva degli autolesionisti. L'atto di procurarsi una lesione fisica può produrre uno shock al sistema (ad esempio attraverso la percezione visiva del sangue) interrompendo così lo stato dissociativo e favorendo il recupero del senso di sé. In questo contesto, si parla anche di "generazione di sensazioni" per descrivere la funzione dell'autolesionismo: individui che vivono esperienze dissociative riferiscono frequentemente una percezione di irrealtà o di vuoto, e il comportamento autolesivo può rappresentare un mezzo per indurre stimolazioni fisiche ed emotive tali da restituire una sensazione di realtà e vitalità.

5. Confini interpersonali. Il modello dei confini interpersonali interpreta l'autolesionismo come una modalità di affermazione dei confini del sé. Tale prospettiva si fonda sui presupposti della teoria delle relazioni oggettuali, secondo cui gli individui che si autolesionano sarebbero caratterizzati da un senso di sé fragile o incompleto, derivante da attaccamenti materni insicuri e da una conseguente difficoltà nei processi di individuazione dalla figura materna. In questo quadro teorico, l'atto di incidere o marcare la pelle, confine fisico che separa il soggetto dall'ambiente e dagli altri, viene interpretato come un modo per sancire la distinzione tra sé e l'altro, riaffermando al contempo la propria identità e autonomia.
6. Influenza interpersonale. Il modello dell'influenza interpersonale considera l'autolesionismo come uno strumento volto a esercitare un impatto sull'ambiente relazionale dell'individuo. In questa prospettiva, il

comportamento autolesivo è concettualizzato come una richiesta implicita o esplicita di aiuto, un mezzo per prevenire l'abbandono o un tentativo di essere presi più seriamente, nonché di orientare le condotte altrui. Esempi in tal senso includono l'autolesione finalizzata a suscitare affetto da parte di un partner o di una persona significativa, oppure a ottenere risposte di rinforzo da figure autoritarie o da pari in contesti penitenziari, clinici o scolastici. L'individuo che agisce in base a tali dinamiche può essere più o meno consapevole del ruolo svolto dalle reazioni esterne nel mantenimento del comportamento autolesivo.

7. Ricerca di sensazioni. Il modello della ricerca di sensazioni interpreta l'autolesionismo come un comportamento finalizzato a generare stati di eccitazione o euforia, in modo analogo ad attività adrenaliniche quali il paracadutismo o il bungee jumping. Tale prospettiva ha ricevuto una minore attenzione in ambito teorico, probabilmente perché questa funzione non risulta immediatamente osservabile nelle popolazioni cliniche. Nonostante ciò, la letteratura empirica ha indagato in più occasioni tale dimensione funzionale dell'autolesionismo.

Nell'analisi dei suoi studi, Klonsky (2007) rintraccia la regolazione affettiva come funzione più diffusa. Un'integrazione dei risultati indica che: (a) un'emozione negativa acuta precede l'autolesionismo; (b) una diminuzione dell'emozione negativa e del sollievo sono presenti dopo l'autolesionismo; (c) la maggior parte degli autolesionisti identifica il desiderio di alleviare l'emozione negativa come causa dell'autolesionismo. Diversi studi (ad es. Shearer, 1994) hanno anche fornito solide prove a favore di una funzione di autopunizione. Le funzioni anti-dissociazione, influenza interpersonale, ricerca di sensazioni, antisuicidio e confini interpersonali hanno ricevuto un supporto modesto (Klonsky, 2007).

È degno di nota che il modello generale dei risultati relativi alle sette funzioni tenda a rimanere coerente, indipendentemente dal tipo di campione (ad esempio, non clinico vs. clinico vs. forense, adulto vs. adolescente, ambulatoriale vs. ricoverato, donne vs. uomini) (Klonsky, 2007).

Sebbene la funzione di regolazione affettiva dell'autolesionismo emerga con costanza in tutti gli studi esaminati (ad es. Shearer, 1994; Osuch et al., 1999), le evidenze disponibili indicano la presenza di funzioni multiple che possono essere interpretate attraverso diverse prospettive, non necessariamente alternative tra loro: (a) differenti funzioni potrebbero caratterizzare specifici sottogruppi di individui che si autolesionano; (b) più funzioni possono coesistere simultaneamente all'interno del medesimo soggetto; (c) le funzioni associate all'autolesionismo possono modificarsi ed evolvere nel tempo nel percorso di uno stesso individuo; e (d) i diversi modelli funzionali possono sovrapporsi concettualmente, descrivendo dimensioni complementari di un fenomeno complesso (Klonsky, 2007).

1.5 Fattori di rischio

La letteratura evidenzia i seguenti fattori di rischio:

a) Genere femminile: Le evidenze scientifiche sulla prevalenza dell'autolesionismo non suicidario (NSSI) in relazione al genere sono contrastanti. Per lungo tempo si è ritenuto che le donne fossero più inclini rispetto agli uomini a compiere atti di NSSI (Kothadia et. al, 2022). Una meta-analisi internazionale (APA, 2022), che ha analizzato più in profondità questa associazione, mostra che la prevalenza del disturbo da autolesività non suicidaria risulta modestamente più alta nei campioni di genere femminile rispetto ai campioni maschili, e la differenza di genere sarebbe più evidente nei campioni

clinici rispetto a quelli della popolazione generale (APA, 2022). Una spiegazione potrebbe essere che gli uomini che mettono in atto comportamenti di NSSI tendano meno a cercare aiuto rispetto a coloro che presentano altri disturbi psicologici, risultando quindi meno rappresentati nei campioni clinici rispetto a quelli provenienti da contesti universitari o comunitari. Allo stesso modo, è plausibile che le donne con NSSI siano più inclini a richiedere un trattamento rispetto alle donne con altri tipi di difficoltà psicologiche, finendo così per essere sovrarappresentate nei campioni clinici. Sebbene queste ipotesi necessitino di ulteriori verifiche, esse sono coerenti con il dato generale secondo cui le donne mostrano atteggiamenti più positivi verso la cura e sono più propense a ricorrere a un trattamento per problemi di salute mentale rispetto agli uomini, tendenza che potrebbe accentuarsi quando il comportamento autolesivo non suicidario rappresenta il motivo principale della richiesta di aiuto (Bresin & Schoenleber, 2015).

b) Minoranze sessuali e di genere: Le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere mostrano, rispetto agli individui eterosessuali o cisgender, una prevalenza più elevata di comportamenti di autolesionismo non suicidario, sia nell'ultimo anno sia lungo l'arco della vita (Liu et al., 2019). All'interno di questi gruppi, le persone bisessuali e transgender risultano particolarmente a rischio di condotte autolesive rispetto ad altri sottogruppi di minoranze sessuali o di genere (Liu et al., 2019). Una revisione della letteratura, basata in prevalenza su studi trasversali, ha inoltre mostrato che gli individui che si identificano come bisessuali hanno una probabilità fino a sei volte superiore di mettere in atto comportamenti autolesivi non suicidari rispetto a persone con altri orientamenti sessuali (Kothadia et. al, 2022).

c) Trauma, abuso e contesti familiari disfunzionali: Power e Brown (2009) hanno evidenziato una significativa correlazione tra comportamenti autolesivi e una

storia di abusi durante l'infanzia. Sia nei campioni clinici che nella popolazione generale, le persone che praticano NSSI riportano con maggiore frequenza esperienze di abuso sessuale infantile rispetto a chi non presenta tali comportamenti. Il processo attraverso cui gli abusi possono condurre a comportamenti autolesivi non è ancora del tutto chiarito. Non è chiaro se l'autolesionismo venga utilizzato come strategia per regolare emozioni negative legate al trauma, come modalità di riproduzione delle violenze subite (che finiscono per diventare "normalizzate") oppure se sia l'effetto di altri fattori correlati all'esperienza abusiva. Molte vittime di abusi precoci sviluppano un forte senso di inutilità e una ridotta capacità di prendersi cura di sé, anche rispetto ai bisogni più basilari di benessere fisico (Chu, 1998). Le forme di autolesione adottate da queste persone possono ricalcare direttamente gli abusi subiti, costituendo un mezzo per riattualizzare il trauma originario. Chi è stato esposto a maltrattamenti fisici e/o sessuali in età infantile tende inoltre a sperimentare un distacco rispetto al proprio corpo e al senso di cura per esso, riconducibile alla perdita di controllo vissuta durante l'abuso. A causa di sentimenti di indegnità, molte vittime non sviluppano capacità interne di auto-consolazione, per cui l'autolesionismo diventa un mezzo esterno per placare le emozioni dolorose e travolgenti legate al trauma vissuto (Power & Brown, 2009).

d) Abuso di sostanze: Le persone che presentano disturbi legati all'uso di sostanze mostrano una maggiore probabilità di mettere in atto comportamenti autolesivi (Borrill et al., 2003; Langbehn & Pfohl, 1993; Young et al., 2006). Alcuni studiosi hanno interpretato l'abuso di sostanze come una possibile manifestazione di autolesionismo (Kunic & Grant, 2006). Ad oggi, tuttavia, la relazione tra uso problematico di sostanze e NSSI non è stata chiarita in modo definitivo (Power & Brown, 2009). Le persone che praticano NSSI riportano spesso anche un consumo di sostanze, ma le ricerche disponibili non sono ancora

sufficienti a chiarire se tale consumo rappresenti un fattore di rischio autonomo per l'autolesionismo. Nonostante le evidenze siano ancora limitate, studi recenti suggeriscono che l'uso di droghe illecite, sia in età adolescenziale (Monto et al., 2018) che adulta (Richardson et al., 2020), può aumentare la probabilità di mettere in atto condotte autolesive. Alcuni autori hanno evidenziato che l'assunzione di barbiturici, oppiacei e sedativi è associata a una maggiore frequenza di NSSI, mentre l'uso di marijuana, fenciclidina e farmaci ansiolitici ne intensifica la gravità (Richardson et al., 2020). Un'indagine di dimensioni più ridotte condotta in Sudafrica ha inoltre mostrato che chi fa uso di sostanze e presenta comportamenti autolesivi è più frequentemente di sesso maschile (Kothadia et. al, 2022).

e) Violenza tra partner intimi (vittimizzazione e perpetrazione): Le ricerche che hanno indagato il legame tra violenza tra partner intimi (intimate partner violence, IPV) e autolesionismo non suicidario (NSSI) evidenziano che i giovani adulti coinvolti in relazioni caratterizzate da violenza, sia in qualità di vittime che di autori, presentano una maggiore probabilità di riferire comportamenti autolesivi (Vaughn et al., 2015; Levesque et al., 2010; Carranza et al., 2020). Alcuni studiosi suggeriscono che l'ansia da abbandono possa rappresentare un meccanismo esplicativo di questa associazione (Levesque et al., 2010). Uno studio recente ha inoltre rilevato che le persone coinvolte in forme di IPV bidirezionale (ovvero sia come vittime che come perpetratori) mostrano tassi di NSSI più elevati rispetto a chi sperimenta violenza unidirezionale o non è esposto a situazioni di IPV (Carranza et al., 2020). Tali evidenze indicano che la violenza relazionale, nel suo complesso, quindi non solo la condizione di vittima, può rappresentare un importante fattore di rischio per l'autolesionismo non suicidario (Kothadia et. al, 2022).

f) Disturbo da Stress Post-Traumatico: Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) è una condizione psicologica caratterizzata da un insieme specifico di sintomi che si sviluppano a seguito dell'esposizione a eventi altamente traumatici (APA, 2000). Numerosi studi hanno documentato una correlazione tra PTSD e comportamenti di autolesionismo non suicidario (Albach & Everaerd, 1992; Kisiel & Lyons, 2001; Prinstein et al., 2008; Salina et al., 2007; Weaver et al., 2004; Weierich & Nock, 2008; Zlotnick et al., 1999). In particolare, una ricerca condotta su sopravvissuti a incesto ha rilevato che il 25% di coloro che soddisfacevano i criteri diagnostici per PTSD aveva riportato episodi di NSSI (Power & Brown, 2009).

g) Disturbi o sintomi dissociativi: Gli individui con diagnosi di disturbi dissociativi mostrano una maggiore probabilità di riportare comportamenti di autolesionismo non suicidario e tentativi di suicidio rispetto a chi non presenta tali disturbi (Kothadia et. al, 2022).

h) Disregolazione emotiva: La disregolazione emotiva (Emotional dysregulation, EDR), intesa come difficoltà nel riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni, è stata ampiamente studiata in relazione all'NSSI. Una revisione recente, comprendente ricerche su adolescenti e adulti, ha evidenziato un legame significativo tra EDR e NSSI, con un effetto più consistente per l'NSSI lungo l'arco della vita rispetto a quello nell'ultimo anno. Età, genere e tipo di campione (clinico o comunitario) non hanno influito in modo significativo sull'intensità di questa associazione (Kothadia et. al, 2022).

i) Depressione e ansia: La presenza di un legame tra depressione, ansia e comportamenti di autolesionismo non suicidario è stata documentata sia in studi di popolazione che in contesti forensi (Andover et al., 2005; Klonsky et al., 2003; Roe-Sepowitz, 2007; Ross & Heath, 2002). Gli individui che ricorrono

all'autolesionismo possono esprimere la sintomatologia depressiva in forme qualitativamente differenti rispetto a coloro che soffrono di depressione ma non presentano NSSI. In una ricerca che ha confrontato pazienti in trattamento per depressione con soggetti impegnati in NSSI, non sono emerse differenze significative nei punteggi globali di depressione valutati tramite il Beck Depression Inventory; tuttavia, sono state rilevate divergenze nei pattern sintomatologici riportati (Bennum, 1983). In particolare, i pazienti depressi (per lo più donne) riferivano con maggiore frequenza sintomi quali pianto, disturbi del sonno, stanchezza, perdita di appetito, preoccupazioni di tipo somatico e riduzione della libido. Al contrario, i soggetti con NSSI tendevano a evidenziare sentimenti di colpa, disprezzo verso se stessi, impulsi di autopunizione e problematiche legate all'immagine corporea (Power & Brown, 2009).

l) Disturbi del comportamento alimentare (DCA): I disturbi del comportamento alimentare e l'autolesionismo non suicidario mostrano un'elevata comorbidità. La prevalenza dell'NSSI nel corso della vita, tra le persone con un disturbo alimentare, si colloca tra il 20,6% e il 37,1% (Pérez et al., 2018; Islam et al., 2015). Tuttavia, le evidenze non sono univoche rispetto a quali specifici disturbi alimentari rappresentino fattori di rischio più elevati per l'NSSI. Uno studio, ad esempio, ha evidenziato una prevalenza del 32,7% di NSSI tra i soggetti con bulimia nervosa, contro il 21,8% tra coloro con anoressia nervosa (Cucchi et al., 2016). Un'altra ricerca ha indicato che chi presenta disturbi alimentari caratterizzati da abbuffate e condotte di eliminazione tende a mettere in atto comportamenti di NSSI più frequentemente rispetto a chi soffre di altre forme di disturbo del comportamento alimentare (Vieira et al., 2017). Nei pazienti con DCA che riferiscono episodi di autolesionismo, i fattori di rischio più comuni includono: un esordio più precoce del disturbo, una percezione di sé più negativa, maggior impulsività, uso di sostanze, precedenti tentativi di suicidio, esperienze

di abuso infantile e aggressioni tra pari (Islam et al., 2015; Vieira et al., 2017). Infine, l'insoddisfazione corporea e l'autocritica, anche in persone senza una diagnosi formale di DCA, rappresentano predittori modesti ma significativi della tendenza all'autolesionismo non suicidario (Kothadia et. al, 2022).

m) Impulsività, rabbia e aggressività: La combinazione di impulsività con tratti di rabbia e aggressività può costituire un fattore scatenante per i comportamenti autolesivi. Alcuni autori hanno evidenziato che gli individui con condotte autolesive riportavano livelli significativamente più alti, rispetto a un gruppo di controllo, in variabili legate all'umore e ai tratti di personalità, come rabbia, ostilità, impulsività, collera e aggressività, oltre a manifestare maggiori caratteristiche antisociali (Simeon et al., 1992). Tra gli uomini che si autolesionano, sia in contesti psichiatrici che penitenziari, è stata riscontrata una più frequente propensione a condotte aggressive, sia verbali sia fisiche, rispetto a pazienti che non presentavano comportamenti autolesivi (Chowanec et al., 1991; Hillbrand et al., 1994; Matsumoto et al., 2005). Una ridotta capacità di problem-solving non verbale potrebbe contribuire a spiegare il ricorso all'aggressività in situazioni complesse da parte di tali soggetti. Risultati analoghi sono stati osservati anche in studi condotti su popolazioni non cliniche (Power & Brown, 2009).

n) Attrazione per lo stesso sesso e omosessualità: Diversi studi (ad es. Bagley & Tremblay, 1997) hanno rilevato un'associazione significativa tra suicidalità, comportamenti di NSSI e attrazione per lo stesso sesso, in differenti campioni e utilizzando misure diverse dell'orientamento e delle esperienze omosessuali. In un'indagine condotta su un campione stratificato di 750 uomini a Calgary, i partecipanti omosessuali (definiti sulla base di partner sessuali dello stesso sesso dichiarati o autoidentificazione come gay) rappresentavano il 13% del totale, ma costituivano il 63% di coloro con una storia di autolesionismo (Bagley &

Tremblay, 1997). Alcuni autori hanno inoltre osservato che l'attrazione per lo stesso sesso, anche senza esperienze omosessuali attive, aumentava il rischio di comportamenti autolesivi sia negli uomini sia nelle donne (Skegg et al., 2003). Individui che presentano livelli anche bassi di attrazione verso lo stesso sesso, sono associati, nei maschi, a una probabilità più elevata di riferire comportamenti autolesivi, indipendentemente dalla presenza di altri disturbi psichiatrici, sia in popolazioni adulte, sia in adolescenti, sebbene le evidenze a supporto di questa correlazione risultino più consistenti nei maschi che nelle femmine (Power & Brown, 2009).

o) Detenzione: I livelli di autolesionismo non suicidario osservati nei contesti penitenziari risultano significativamente più alti (fino al 61%; Gray et al., 2003; 48%; Loughran & Seewoonarain, 2005; 52.9%; Mannion, 2009) rispetto a quelli della popolazione adulta generale, che si attestano intorno al 4% (Briere & Gil, 1998; Klonsky et al., 2003). Studi recenti indicano che, sia dentro che fuori dal carcere, l'NSSI assolve funzioni simili, in particolare quella di regolare gli stati emotivi (ad es. Chapman & Dixon-Gordon, 2007). Tuttavia, emerge anche che, rispetto ai contesti comunitari, in ambiente detentivo l'autolesionismo è più frequentemente spinto dal desiderio di modificare la propria situazione o le condizioni esterne, per esempio, per ottenere il trasferimento in un'altra sezione dell'istituto penitenziario (Dixon-Gordon, 2012).

p) Disturbi del sonno: Le ricerche mostrano che sia negli adolescenti sia negli adulti la presenza di difficoltà legate al sonno, come insonnia, sonno di breve durata, tempi prolungati per addormentarsi, risvegli frequenti durante la notte o una qualità del sonno insoddisfacente, è associata a una maggiore probabilità di manifestare comportamenti autolesivi, rispetto a chi non presenta tali problemi (Khazaie et al., 2020). Negli adulti, questa connessione sembra essere parzialmente spiegata dalla presenza di sintomi depressivi, disturbo post-

traumatico da stress (PTSD) e difficoltà nella regolazione emotiva. Tra gli adolescenti, invece, i sintomi depressivi rappresentano il principale meccanismo che media la relazione tra disturbi del sonno e autolesionismo (Kothadia et. al, 2022).

1.6 La disregolazione emotiva

La disregolazione emotiva è ampiamente riconosciuta come uno dei principali fattori implicati nell'autolesionismo non suicidario (Zeng et al., 2025). Il suo substrato neurale si fonda su una rete funzionale cruciale nella quale l'amigdala rappresenta il fulcro dell'elaborazione delle risposte emotive, mentre la corteccia prefrontale (PFC), in particolare il giro cingolato anteriore dorsale e il giro orbitofrontale, esercita una funzione di modulazione top-down (Li & Kuang, 2021; Kang et al., 2022; Westlund et al., 2017). Numerose evidenze indicano che gli adolescenti con NSSI presentano frequentemente una riduzione della connettività funzionale lungo l'asse amigdala-prefrontale, accompagnata da una iperconnettività atipica tra l'amigdala e l'area motoria supplementare (Gao, 2020; Westlund et al., 2017). Tale configurazione di connettività anomala riflette uno sbilanciamento tra l'intensità dell'impulso emotivo e i meccanismi di controllo del comportamento (Zeng et al., 2025). Ad esempio, durante l'esposizione a stimoli visivi associati all'NSSI, questi soggetti mostrano una diminuzione dell'attivazione dell'amigdala, associata a un incremento dell'attività nel giro cingolato e nel giro orbitofrontale. Questo pattern suggerisce una compromissione dei processi di valutazione e regolazione delle emozioni, indicativa di un funzionamento disadattivo dei circuiti prefronto- limbici coinvolti nella gestione degli stati affettivi (Kang et al., 2022; Zeng et al., 2025).

1.7 Meccanismi neurobiologici

1.7.1 Disregolazione fronto-limbica e disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA)

Il modello del controllo cognitivo delle emozioni sostiene che la rete fronto-limbica rappresenti il circuito neurale centrale per i processi cognitivi e per la regolazione delle emozioni (Gao, 2020). In tale assetto, le strutture limbiche sottocorticali, come l'amigdala, sono coinvolte nella generazione delle risposte emotive automatiche, mentre la corteccia prefrontale (PFC) svolge una funzione di modulazione cognitiva di livello superiore. Evidenze empiriche mostrano come lo stress, sia nella sua forma acuta sia cronica, possa alterare in modo significativo l'integrità strutturale e funzionale della PFC, incrementando parallelamente la responsività dell'amigdala attraverso l'attivazione di specifici meccanismi neurochimici (Arnsten, 2009). La riduzione del controllo top-down esercitato dalla PFC rappresenta un passaggio chiave iniziale che favorisce, a valle, la disregolazione del sistema di risposta allo stress, in particolare dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) (Zeng et al., 2025). Nei soggetti con comportamenti di autolesionismo non suicidario (NSSI), la disfunzione dell'asse HPA tende a manifestarsi prevalentemente come una condizione di ipoattivazione. L'esposizione prolungata allo stress psicologico può infatti condurre l'asse HPA da una fase iniziale di iperattività compensatoria a uno stadio successivo di esaurimento funzionale, caratterizzato da livelli basali di cortisolo ridotti e da una diminuita capacità di risposta agli stimoli stressanti (Zorn et al., 2017). Questo passaggio da un'elevata a una ridotta attività dell'asse è strettamente connesso a un'alterazione della sensibilità dei recettori dei glucocorticoidi, a una compromissione delle funzioni ippocampali e a un

conseguente indebolimento dei meccanismi di feedback negativo che regolano l'asse HPA (Zorn et al., 2017). In questo contesto, la neuroinfiammazione svolge un ruolo di mediazione cruciale tra stress cronico e disregolazione neuroendocrina: ricerche recenti indicano che lo stress protratto può attivare l'inflammasoma NLRP3 nelle cellule microgliali, favorendo la secrezione di citochine pro-infiammatorie che amplificano ulteriormente la disfunzione dell'asse HPA e il deterioramento delle funzioni cerebrali associate (Iwata et al., 2013; Zeng et al., 2025). La disregolazione persistente dell'asse HPA produce numerosi effetti negativi sul funzionamento cerebrale. L'esposizione prolungata a livelli elevati di cortisolo risulta neurotossica, interferendo direttamente con l'attività neuronale dell'ippocampo (Bai et al., 2024), e può inoltre compromettere la funzionalità degli astrociti, riducendo l'efficienza dei processi di clearance del sistema glinfatico. Tale compromissione favorisce l'accumulo di metaboliti neurotossici e si associa a modificazioni strutturali della sostanza bianca (Chen et al., 2025). L'insieme di questi deficit neurobiologici, che includono l'ipoattività della PFC, la ridotta reattività dell'asse HPA e la presenza di uno stato neuroinfiammatorio cronico, incrementano in modo significativo la vulnerabilità individuale allo sviluppo di disturbi psicologici correlati allo stress e di condizioni associate a immunosoppressione (Kang et al., 2022; Gao, 2020; Zeng et al., 2025). In questa prospettiva, i riscontri empirici di livelli di cortisolo più bassi e di una ridotta capacità di risposta e adattamento dell'asse HPA negli adolescenti con NSSI (Kang et al., 2022; Bai et al., 2024) possono essere interpretati come l'esito di una progressione patologica coerente che va dalla disfunzione dei circuiti neurali alla disregolazione neuroendocrina. Studi longitudinali indicano che gli adolescenti che presentano tali profili neuroendocrini, quando esposti a elevati livelli di sofferenza emotiva e in presenza di un sistema di risposta allo stress

inefficace, mostrano una maggiore probabilità di ricorrere a comportamenti di NSSI come modalità di coping disadattiva ed esternalizzante (Zhou et al., 2025; Zeng et al., 2025).

1.7.2 Dipendenza dal dolore

In un recente studio, Zeng et al., (2025), evidenziano che il reiterarsi del comportamento autolesionistico non suicidario dipenda in modo rilevante dallo sviluppo di un pattern simile alla dipendenza.

A Il dolore. Il dolore rappresenta un'esperienza soggettiva e complessa, che svolge una funzione adattiva di segnalazione precoce finalizzata alla prevenzione dei danni fisici (Yao et al., 2023). Nel caso dell'autolesionismo non suicidario, tuttavia, emerge un'apparente contraddizione: il dolore non viene evitato, ma ricercato intenzionalmente (Yao et al., 2023). La comprensione di tale paradosso richiede un'analisi delle differenze individuali nella percezione del dolore, in particolare di due parametri centrali: la soglia del dolore e la tolleranza al dolore (Law et al., 2017). La soglia indica il livello minimo di stimolazione necessario affinché una sensazione venga percepita come dolorosa, mentre la tolleranza si riferisce al grado massimo di dolore che un individuo è in grado di sopportare (Law et al., 2017). Numerosi studi empirici convergono nel mostrare che, rispetto ai soggetti senza comportamenti autolesivi, gli individui con NSSI presentano alterazioni significative in entrambe queste dimensioni (Zeng et al., 2025). L'attenuazione della sensibilità al dolore è considerata uno dei fattori chiave sia nell'esordio sia nel mantenimento dell'autolesionismo non suicidario (Yao et al., 2023). Le ricerche indicano infatti che le persone

con NSSI tendono a mostrare soglie del dolore più elevate e una maggiore capacità di tollerare stimoli dolorosi rispetto alla popolazione generale (Liu et al., 2025). Di particolare rilievo è il fatto che questa caratteristica non rappresenti esclusivamente un esito del comportamento autolesivo, ma possa configurarsi anche come un fattore di vulnerabilità antecedente. Evidenze longitudinali hanno dimostrato che una soglia del dolore più alta in fase basale predice una maggiore frequenza di comportamenti NSSI negli adolescenti a distanza di un anno, delineando una relazione temporale e predittiva tra alterata percezione del dolore e autolesionismo (Bresin & Gordon, 2013). La riduzione della sensibilità al dolore indebolisce la funzione protettiva del dolore come barriera naturale contro il danno corporeo, contribuendo a spiegare anche l'associazione osservata tra bassa percezione del dolore e incremento del rischio di morte per suicidio (Yao et al., 2023; Zeng et al., 2025). Un'analisi più fine del fenomeno rivela che le alterazioni della percezione del dolore negli individui con NSSI seguono un pattern specifico: da un lato, una risposta attenuata agli stimoli dolorosi fisici acuti; dall'altro, una marcata ipersensibilità al dolore emotivo di natura psicosociale. Questa dissociazione tra dolore fisico e sofferenza psicologica genera una potente spinta motivazionale, in cui il dolore fisico, percepito come delimitabile e sotto controllo, viene utilizzato per modulare, deviare o sostituire un dolore emotivo vissuto come travolgente e incontrollabile (Kirtley et al., 2016; Zeng et al., 2025).

Le ragioni di tali modificazioni nella regolazione del dolore nei soggetti con NSSI sono oggetto di diverse ipotesi teoriche, che convergono prevalentemente su spiegazioni di tipo neurochimico e neurocircuitale (Huan et al., 2023). Sul piano neurochimico, l'ipotesi più accreditata

suggerisce che il comportamento autolesionistico attivi il rilascio di oppioidi endogeni, quali le endorfine, producendo un effetto analgesico durante l'atto (Huan et al., 2023). Le recenti acquisizioni della ricerca neurobiologica hanno ulteriormente raffinato questa prospettiva, identificando il sistema degli oppioidi endogeni (EOS), e in particolare il recettore μ -oppioide, come un nodo molecolare cruciale nell'integrazione tra modulazione del dolore e regolazione delle emozioni negative. Studi sperimentali su modelli animali, basati su tecniche avanzate di tracciamento e manipolazione dei circuiti neuronali a livello del singolo neurone, hanno dimostrato che l'attivazione selettiva dei recettori μ -oppioidi sui neuroni GABAergici dell'amigdala centrale è in grado di inibire efficacemente la trasmissione dei segnali nocicettivi attraverso un circuito specifico noto come via di "disinibizione CEA-PB". Questo risultato fornisce un meccanismo neurale preciso per spiegare l'analgesia endogena osservata in condizioni di inibizione neuronale non invasiva (Dou et al., 2024; Zeng et al., 2025). A livello dei circuiti neurali, è ampiamente condivisa l'ipotesi secondo cui le regioni cerebrali implicate nell'elaborazione del dolore, nella valutazione affettiva e nel controllo del comportamento (corteccia cingolata anteriore, l'insula e la corteccia prefrontale) presentino alterazioni funzionali e/o strutturali negli individui con NSSI (Huan et al., 2023). La disregolazione di questi sistemi può ridurre l'efficacia dei meccanismi di feedback negativo normalmente attivati dal dolore, permettendo la persistenza dei comportamenti autolesionistici nonostante un segnale fisiologico di allarme attenuato (Huan et al., 2023; Zeng et al., 2025).

B La dipendenza.

1 L'ipotesi EOS e le prove a supporto.

Il sistema degli oppioidi endogeni (EOS) rappresenta uno dei principali sistemi neurochimici coinvolti nella modulazione del dolore e dei processi emotivi ed è considerato un elemento centrale nella regolazione affettiva associata ai comportamenti NSSI (Gao, 2020). Tale sistema comprende diversi peptidi oppioidi endogeni (tra i quali endorfine, encefaline, dinorfine ed endomorfine) e i rispettivi recettori oppioidi (μ , δ e κ), attraverso i quali vengono mediati gli effetti fisiologici mediante interazioni specifiche peptide-recettore (Gao, 2020). Le evidenze empiriche relative ai soggetti con NSSI mostrano che l'innalzamento della soglia del dolore e l'aumentata tolleranza a questo, risultano strettamente correlati al rilascio di peptidi oppioidi endogeni nel liquido cerebrospinale (Kang et al., 2022). In particolare, nei pazienti con NSSI, i livelli basali di β -endorfina ed encefalina nel liquido cerebrospinale risultano significativamente inferiori rispetto a quelli riscontrati nei soggetti sani; tuttavia, tali livelli mostrano un incremento marcato in seguito all'atto autolesionistico (Kang et al., 2022). Questa alterazione suggerisce l'esistenza di un legame causale tra la messa in atto del comportamento NSSI e l'attivazione del rilascio di oppioidi endogeni, fornendo un solido supporto empirico all'ipotesi del coinvolgimento del sistema oppioide nella fisiopatologia dell'autolesionismo (Kang et al., 2022; Gao, 2020; Zeng et al., 2025).

2 Il meccanismo di dipendenza: dalla sensibilizzazione recettoriale alla tolleranza comportamentale

L'ipotesi del sistema oppioide fornisce un quadro esplicativo del meccanismo neurobiologico che sostiene la natura dipendente del comportamento di autolesionismo non suicidario. Secondo questo modello, i soggetti con NSSI presentano livelli basali ridotti di β -endorfina ed encefalina, condizione che determina una risposta compensatoria caratterizzata da una maggiore sensibilità dei recettori μ e δ (Gao, 2020). Quando il danno tissutale provocato dall'autolesionismo induce il rilascio di β -endorfina ed encefalina, tali oppioidi endogeni si legano a recettori ipersensibilizzati, generando una risposta soggettiva di intensa gratificazione ed euforia (Gao, 2020; Zeng et al., 2025).

L'attivazione dei recettori μ e δ è infatti strettamente connessa ai circuiti della ricompensa, alle componenti edoniche dell'esperienza e agli effetti analgesici, contribuendo alla riduzione degli stati affettivi negativi e al potenziamento delle sensazioni piacevoli (Lei et al., 2023; Chen & Yan, 2022; Gao, 2020). Con il ripetersi degli episodi di NSSI, tuttavia, si instaura un fenomeno di tolleranza agli oppioidi endogeni (Lei et al., 2023; Liu, 2017) che rende necessario aumentare la frequenza o la gravità dei comportamenti autolesionistici per ottenere un effetto regolativo emotivo comparabile. Questo processo alimenta un ciclo disfunzionale di escalation tra tolleranza e comportamento, attraverso il quale l'NSSI assume progressivamente le caratteristiche di una condotta di tipo dipendente (Lei et al., 2023; Liu, 2017; Zeng et al., 2025).

3 Coinvolgimento del circuito neurale della ricompensa

Dal punto di vista comportamentale, una condotta di tipo dipendente viene descritta come un insieme di azioni ripetitive e disfunzionali, caratterizzate da una componente di piacere immediato ma associate a

conseguenze dannose, sostenute da desideri intensi e da un controllo impulsivo compromesso (Sun et al., 2023; Chen & Yan, 2022). Dato che l'autolesionismo non suicidario produce un rapido sollievo sul piano emotivo, tale comportamento tende a essere rinforzato attraverso la reiterazione, consolidandosi come una tipica risposta basata sui meccanismi di ricompensa (Sun et al., 2023; Chen & Yan, 2022; Zeng et al., 2025).

Le evidenze provenienti dagli studi di neuroimaging mostrano che l'NSSI in età adolescenziale è fortemente associato a modificazioni funzionali all'interno del circuito neurale della ricompensa (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019). Questo sistema comprende diverse aree cerebrali interconnesse, tra cui i lobi frontali, l'area tegmentale ventrale (VTA), il nucleo accumbens (NAc), lo striato, la corteccia orbitofrontale (OFC) e il giro cingolato (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019). La dopamina, principale neurotrasmettitore implicato nei processi di ricompensa, opera attraverso quattro principali vie dopaminergiche (mesolimbica, mesocorticale, nigrostriatale e tuberoinfundibolare) che hanno origine prevalentemente nella VTA e nella substantia nigra (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019).

Di particolare rilevanza, uno studio recente ha documentato per la prima volta la presenza di un'attività cerebrale correlata alla ricompensa, ad esempio a livello del putamen bilaterale, in adolescenti con ideazione NSSI. Questo risultato suggerisce che un'iperattivazione del circuito della ricompensa, combinata con limitazioni nel controllo esercitato dalle regioni corticali prefrontali, possa incrementare la vulnerabilità allo

sviluppo di comportamenti autolesionistici non suicidari (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019; Zeng et al., 2025).

4 Interazioni tra il sistema oppioide e dopamina

Il sistema degli oppioidi endogeni (EOS) riveste un ruolo centrale nei processi di acquisizione e persistenza dei comportamenti di tipo dipendente (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019). Le evidenze cliniche indicano che, negli adolescenti con NSSI, gli stimoli dolorosi non attivano esclusivamente le aree cerebrali correlate all'elaborazione del dolore, ma sollecitano anche regioni strettamente associate al funzionamento dell'EOS, quali il talamo, il nucleo caudato e il globo pallido, in misura significativamente maggiore rispetto ai soggetti di controllo (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019). In particolare, l'attivazione dei recettori oppioidi indotta dal dolore all'interno del circuito della ricompensa determina un aumento della trasmissione dopaminergica, producendo effetti soggettivi di piacere e riducendo la sofferenza (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019; Zeng et al., 2025).

L'esposizione ripetuta e prolungata a tali esperienze gratificanti conduce progressivamente a una desensibilizzazione del sistema dopaminergico, rendendo necessario un incremento della frequenza o dell'intensità dei comportamenti autolesionistici per mantenere livelli dopaminergici comparabili. Questo meccanismo favorisce l'instaurarsi di un ciclo di dipendenza comportamentale (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019). In tale prospettiva, una disfunzione dell'EOS, caratterizzata da una iperattivazione del sistema della ricompensa, contribuisce in modo

significativo al mantenimento dell'autolesionismo ripetuto (Lei et al., 2023; Huan et al., 2023; Li & Kuang, 2019; Zeng et al., 2025).

5 Meccanismi di rinforzo psicologico e valutazione clinica

Le evidenze empiriche mostrano che gli adolescenti che mettono in atto comportamenti autolesionistici presentano difficoltà significative nei processi di regolazione emotiva, unitamente a una maggiore reattività agli stimoli associati all'autolesionismo (Lei et al., 2023; Yan et al., 2022). Nella misura in cui l'NSSI produce un sollievo immediato dagli stati affettivi negativi, la propensione a ricorrere a tale comportamento tende a consolidarsi in presenza di successivi episodi di sofferenza emotiva (Liu, 2017). Dal punto di vista dei meccanismi psicologici di mantenimento, l'autolesionismo non suicidario risulta sostenuto prevalentemente da forme di rinforzo automatico: da un lato, il rinforzo negativo, attraverso la riduzione di emozioni intense quali rabbia o tensione; dall'altro, il rinforzo positivo, legato all'emergere di sensazioni di piacere o di aumentata vitalità. Tra questi, il rinforzo negativo automatico emerge come la funzione riportata con maggiore frequenza (Brown & Plener, 2017). In una prospettiva integrativa, i principali fattori di rischio psicosociale concorrono allo sviluppo dell'NSSI favorendo modificazioni neurobiologiche rilevanti, quali la disregolazione dei circuiti prefronto- limbici, una condizione di ipoattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi- surrene (HPA) e una compromissione del sistema degli oppioidi endogeni (EOS). Nel loro insieme, tali alterazioni costituiscono il substrato patogenetico fondamentale che sostiene la progressiva trasformazione dell'NSSI da strategia di regolazione emotiva a comportamento con caratteristiche di dipendenza (Zeng et al., 2025).

1.8 Relazione tra autolesionismo non suicidario e suicidalità

Il NSSI costituisce un predittore particolarmente solido del comportamento suicidario (Asarnow et al., 2011; Wilkinson et al., 2011), ma risulta complesso individuare differenze nel rischio suicidario all'interno di un campione composto esclusivamente da soggetti autolesionisti.

Le ricerche rilevano tassi più elevati di suicidio tra individui che presentano NSSI, abuso di sostanze e disturbi alimentari, rispetto a soggetti privi di tali condizioni, suggerendo che la presenza di comportamenti autolesionistici (rispetto alla loro assenza) costituisca un fattore rilevante per il comportamento suicidario (Turner et al., 2013).

La teoria interpersonale-psicologica del suicidio (IPTS) elaborata da Joiner (2005) postula che l'intraprendere un comportamento suicida richieda congiuntamente il desiderio di porre fine alla propria vita e la capacità di farlo. Tra i fattori che possono incrementare il desiderio suicidario si annoverano la disperazione, la percezione di essere un peso per gli altri, il vissuto di isolamento e lo sviluppo di una capacità acquisita di farsi del male. Numerosi studi hanno documentato l'associazione tra disperazione, depressione e mancanza di appartenenza con l'incremento della tendenza al suicidio (ad es. Joiner, Rudd & Rajab, 1997; Mieczkowski, Sweeney, Haas & Junker, 1993; Steer, Rissmiller, Ranieri & Beck, 1993). Parallelamente, la letteratura ha evidenziato come soltanto una minoranza degli individui che sperimentano ideazione suicidaria arrivi a tentare il suicidio, e come soltanto una parte di questi compia un suicidio portato a termine (Turner et al., 2013).

Secondo il modello interpersonale-psicologico, tale fenomeno può essere compreso assumendo che la maggior parte degli individui non abbia la capacità

di agire in base a pensieri o impulsi suicidi. Poiché l'atto di tentare il suicidio comporta esperienze altamente angoscianti e dolorose, sia a livello fisico sia emotivo, molti soggetti non riescono a superare tali barriere, non arrivando quindi né al tentativo né al suicidio completo. Da questo punto di vista, il contributo di Joiner (2005) amplia le conoscenze esistenti sul suicidio, sottolineando che la capacità di arrecarsi un danno letale rappresenta un elemento imprescindibile, al pari del desiderio suicidario, per comprendere la genesi del comportamento suicida (Turner et al., 2013).

Un presupposto cardine della teoria è che la capacità di tollerare il dolore necessario per portare a termine un atto suicidario non sia innata, ma acquisita attraverso l'esposizione ripetuta a comportamenti connessi al dolore fisico o emotivo. Ciò può avvenire tanto attraverso condotte direttamente autolesive, come l'autolesionismo non suicidario, quanto tramite comportamenti indirettamente autolesivi caratterizzati da elevato potenziale di danno, quali l'abuso di sostanze, i disturbi alimentari o la pratica di attività rischiose, come gli sport estremi o di contatto. Da questo deriva il principio, centrale nel modello, secondo cui la ripetizione di esperienze dannose e rischiose può accrescere la capacità suicidaria (Turner et al., 2013).

È stato dimostrato che il numero complessivo di eventi dolorosi e provocatori vissuti dall'individuo nel corso della vita risulta positivamente associato sia a una maggiore tolleranza al dolore e a una ridotta paura di mettere in atto comportamenti autolesivi potenzialmente letali, sia allo sviluppo di una capacità acquisita di suicidio (Turner et al., 2013). A partire da queste premesse teoriche, Turner et al. (2013) si sono interessati a indagare come fattori quali la frequenza e la versatilità dei comportamenti autolesionistici possano interagire con altri fattori che incrementano il desiderio suicidario, come ad esempio la depressione, al fine di predire in maniera prospettica il comportamento suicida.

Lo studio ha evidenziato che gli individui che mettono in atto comportamenti di NSSI caratterizzati dal provocare differenti tipi di dolore presentano un rischio di suicidio più elevato rispetto a coloro che adottano modalità di NSSI associate a un singolo tipo di dolore; è quindi la varietà delle modalità autolesive, piuttosto che la loro ricorrenza, a risultare maggiormente connessa al rischio di suicidio. In particolare, tra i soggetti con una forma altamente versatile di NSSI, il rischio suicidario risulta significativamente accresciuto in presenza di sintomi depressivi rilevanti. I risultati suggeriscono, infatti, che in assenza di fattori di rischio acuti per il suicidio (come la depressione in corso), la sola presenza di NSSI versatile potrebbe non determinare un incremento sostanziale del rischio. Al contrario, quando la versatilità dell'NSSI (che può favorire l'acquisizione della capacità di agire comportamenti suicidari) si associa a uno stato depressivo acuto (che può accrescere il desiderio di morte), il rischio di suicidio raggiunge i livelli più elevati (Turner et al., 2013).

1.9 Diffusione del fenomeno

Un recente articolo pubblicato su JAMA Network Open (Denton & Álvarez, 2024), analizza i dati provenienti da 17 paesi distribuiti in Nord America, Australia, Europa e Asia, mostrando una prevalenza simile di NSSI tra gli adolescenti, richiamando l'attenzione su un fenomeno globale. L'articolo riporta una prevalenza complessiva del 17,7% di NSSI tra gli adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni, con una maggiore incidenza tra le ragazze (21,4%) rispetto ai ragazzi (13,7%), individuando però in Asia una prevalenza più elevata tra i maschi rispetto a Nord America ed Europa (Denton & Álvarez, 2024).

Le differenze culturali e di genere emerse tra le aree geografiche, ad esempio l'assenza di differenze significative tra maschi e femmine nei paesi asiatici,

suggeriscono la necessità di adattare gli interventi alle specificità culturali e sociali. Questi risultati rafforzano gli sforzi dell'OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) per promuovere un approccio pubblico e integrato all'autolesionismo, trasmettendo un messaggio fondamentale: l'NSSI è un problema diffuso, ma anche affrontabile e trattabile su scala mondiale (Denton & Álvarez, 2024).

Capitolo 2

Il carcere

2.1. Il carcere come istituzione totale

Il sociologo Erving Goffman, nel suo saggio *Asylums* (1961), definisce le “istituzioni totali” come quei luoghi di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, allontanati dalla società per un considerevole periodo di tempo, trascorrono parte della propria vita in un regime chiuso e formalmente amministrato.

Nella nostra società le istituzioni totali possono essere suddivise in cinque categorie. Anzitutto, vi sono quelle destinate alla protezione di persone incapaci ma non pericolose (es. RSA, case di cura, ecc.). In secondo luogo, troviamo quelle rivolte a chi, pur non essendo in grado di provvedere a se stesso, costituisce un pericolo, anche involontario, per la collettività. Un terzo tipo di istituzione ha la funzione di difendere la società da individui considerati una minaccia consapevole e intenzionale, e in questo caso la segregazione rappresenta la finalità primaria (es. carcere). Al quarto posto si collocano le istituzioni nate per consentire lo svolgimento di una specifica attività, giustificate dunque sul piano dell'utilità pratica (es. navi, collegi). Infine, vi sono le comunità che si pongono come “separate dal mondo”, ma che al tempo stesso operano come luoghi di formazione e preparazione alla vita religiosa (es. monasteri, conventi).

In questi luoghi, in cui ogni aspetto della vita dei soggetti è regolato da norme rigide, controlli esterni e routine sono imposti. All'interno di queste istituzioni, come carceri, manicomi, caserme e conventi, gli individui vivono fisicamente separati dal resto della società, sottoposti a regole ferree e a una forte gerarchia di potere.

Il carcere rappresenta, nella classificazione di Goffman, una delle forme più paradigmatiche di istituzione totale. I soggetti reclusi vengono spogliati dei propri ruoli sociali precedenti, dei legami familiari e della libertà di autodeterminazione. Questo isolamento non è solo fisico, ma anche psicologico e simbolico: si assiste a un processo di "depersonalizzazione", ovvero alla progressiva perdita dei tratti distintivi dell'identità personale.

2.2 Sindromi carcerarie

2.2.1 Sindrome da ingresso in carcere

Nella fase iniziale della detenzione emergono frequentemente disturbi psicologici nei detenuti. Alcuni sono direttamente collegati all'arresto, all'imprigionamento, al rimorso per il reato commesso o all'angoscia per la condanna imminente; altri, invece, derivano da fragilità preesistenti o, in alcuni casi, possono essere stati persino alla base del comportamento delittuoso (Foglia, 2015).

Con l'ingresso in istituto, il detenuto viene privato del ruolo sociale che lo definiva, dei propri effetti personali, di uno spazio intimo e della possibilità di prendere decisioni autonome. Si interrompe il contatto quotidiano con i familiari e gli amici, e la mente inizia a interrogarsi su ciò che accade loro mentre egli è rinchiuso. Per le madri detenute, questo vissuto è amplificato dall'immenso dolore legato alla separazione dai figli.

Il carcere impone relazioni obbligate, priva di riservatezza e intimità, rende dipendenti dall'Istituzione. Ne derivano frustrazione per le aspettative deluse, senso di impotenza e la speranza, spesso vana, che i propri bisogni vengano ascoltati. In questo contesto possono emergere ansia da separazione, reazioni ansiose dovute alla perdita e crisi di identità (Foglia, 2015).

Nei primi tempi, l'ansia si manifesta con forme generalizzate, che se protratte possono evolvere in attacchi di panico e vissuti claustrofobici. La cosiddetta "Sindrome da ingresso in carcere" comprende una gamma di disturbi non solo psichici, ma anche psicosomatici, che tendono a essere più intensi nei soggetti con un livello culturale ed emotivo più elevato (Foglia, 2015). L'impatto è tanto più traumatico quanto maggiore è il divario tra le condizioni di vita precedenti e quelle carcerarie. Per chi affronta la prima esperienza detentiva, l'ingresso in carcere rappresenta quasi sempre uno degli eventi più drammatici della propria esistenza.

Dal punto di vista clinico, la sindrome si manifesta con disturbi dispeptici (inappetenza, sensazione di peso gastrico, rallentamento della digestione), disgusto patologico per il cibo fino all'impossibilità di alimentarsi (Sindrome di Gull), spasmi esofagei persistenti che bloccano la deglutizione (Foglia, 2015). Possono comparire anche sintomi respiratori (sensazione di soffocamento, fame d'aria, angoscia respiratoria), cardiovascolari (tachicardia, vertigini, svenimenti) e disturbi psichici quali stupore isterico, agitazione psicomotoria, crisi confusionali, anedonia, atteggiamenti di rannicchiamento fetale, episodi di furia distruttiva, disorientamento spazio-temporale (Foglia, 2015).

La maggior parte degli atti autolesivi si concentra proprio nei primi giorni di detenzione. La confusione mentale che può insorgere porta a scardinare i meccanismi razionali: così mutilazioni gravi e tentativi di suicidio si verificano indipendentemente dalla gravità della pena (Foglia, 2015). Proprio per fronteggiare questo rischio, nel 1987 (circolare n° 3233/5689) è stato istituito il servizio psicologico "nuovi giunti": uno psicologo incontra il detenuto appena arrivato attraverso un colloquio anamnestico, volto a individuare possibili fasi critiche, precedenti tentativi suicidari o patologie psichiche pregresse (De Risio et al., 2019).

Vivere la condizione detentiva non è affatto semplice, poiché non deriva da una scelta volontaria ma dalla conseguenza di un comportamento antisociale. La perdita di identità personale, già descritta in precedenza, attiva processi di adattamento all'interno dell'Istituzione. A questo proposito, Goffman (1961) individua cinque principali modalità:

- 1) Il ritiro dalla situazione: si verifica quando il detenuto smette di interagire con il contesto circostante. I segni più comuni sono il trascorrere le giornate a letto, l'uso eccessivo di psicofarmaci o il lasciarsi assorbire passivamente dalla televisione. Questo atteggiamento rivela una profonda trascuratezza del sé: vengono abbandonate le relazioni sociali, non si riconosce la cella come spazio proprio (ad esempio, non viene personalizzata o resa accogliente) e si trascura la cura del corpo. In sintesi, il "ritirato" è affetto da una sorta di "sindrome di destrutturazione temporale", ovvero l'assenza di reali progetti di vita (De Risio et al., 2019). .
- 2) La linea intransigente: contraddistingue chi rifiuta qualunque forma di collaborazione con lo staff (psicologi, educatori, polizia penitenziaria). L'intransigente percepisce l'ambiente come ostile e reagisce con atteggiamenti di opposizione, come scioperi della fame o rifiuto di rispettare gli ordini. Per questo viene spesso etichettato come "disturbatore", "fastidioso", "rompiscatole" e tenuto a distanza sia dal personale sia dagli altri detenuti, con un progressivo isolamento sociale e un logoramento psicologico (De Risio et al., 2019).
- 3) La colonizzazione: si ha quando il detenuto assimila l'istituzione alla realtà stessa e organizza la propria vita cercando soddisfazione

esclusivamente nelle possibilità offerte dal carcere. L'esistenza al di fuori viene momentaneamente rimossa, mentre la prospettiva della scarcerazione appare carica di incertezze e pericoli. Questa modalità si osserva soprattutto in persone già marginalizzate nella società esterna, che arrivano a preferire i servizi del carcere rispetto a un ritorno nel mondo libero. Ne sono un esempio gli ergastolani che, nutrendo speranze quasi illusorie di una grazia, si adattano scrupolosamente alle regole, accettano soprusi quotidiani e si isolano dagli altri per evitare conflitti (De Risio et al, 2019).

- 4 La conversione: caratterizza il detenuto che assume il punto di vista dell'istituzione su di sé e cerca di modellare il proprio comportamento in linea con ciò che lo staff si aspetta. L'obiettivo principale del "convertito" è non infrangere mai le regole, assumendo un atteggiamento disciplinato fino a diventare, agli occhi della direzione, un vero e proprio "detenuto modello" (De Risio et al., 2019).
- 5 Il prendersela con calma: è la modalità più diffusa, consistente in una combinazione opportunistica delle altre forme di adattamento secondarie, conversione, colonizzazione e lealtà al gruppo. In questo modo il detenuto cerca di preservare il più possibile il proprio equilibrio fisico e psichico, riducendo i rischi di conflitti. Alcuni esempi potrebbero essere fingere di non fumare per evitare richieste insistenti di sigarette, o il richiedere frequenti colloqui con l'educatrice per dimostrare un'apparente "conversione", salvo poi raccontare ai compagni di cercarla in quanto unica presenza femminile reale all'interno del carcere (De Risio et al., 2019).

2.2.2 Sindrome da prisonizzazione

La prisonizzazione viene descritta da Clemmer (1940) come un processo di “erosione dell’individualità”, che conduce progressivamente l’individuo ad adattarsi alla comunità carceraria. Con questo termine si intende il grado, più o meno intenso, con cui il detenuto interiorizza abitudini, usi e costumi tipici della vita in carcere, attraverso un processo di assimilazione delle norme e dei valori che regolano ogni aspetto dell’esistenza all’interno dell’istituzione. Il soggetto è chiamato a rinunciare al proprio modo di essere, ai suoi oggetti personali, alle modalità abituali di pensare e di agire, ovvero alla rappresentazione che ha di sé e del proprio ruolo in rapporto agli altri. È costretto a ridefinirsi, non solo rispetto a se stesso, ma anche in relazione ai nuovi compagni di detenzione, dando spazio a quella che viene definita “discultura”: la perdita dei valori e delle abitudini posseduti prima dell’internamento. A ciò si affianca l’acquisizione di nuove consuetudini legate alla vita quotidiana (dal mangiare al vestirsi, dal dormire al lavorare, fino al parlare) insieme alla diffusione e interiorizzazione di ideologie di tipo criminale e malavitoso.

Parallelamente, le esigenze di ordine e controllo spingono l’istituzione penitenziaria a ricercare l’uniformità nei comportamenti e negli atteggiamenti dei detenuti, riducendo le differenze individuali e inducendo l’adozione di abitudini comuni. I bisogni e i desideri personali vengono così annullati e sostituiti da esigenze eteroindotte, più funzionali alle finalità dell’istituzione. In questo contesto altamente automatizzato, solo pochi detenuti riescono a reagire, opponendosi e resistendo all’ambiente carcerario, mentre la maggioranza tende a subirne passivamente gli effetti. Il livello di prisonizzazione raggiunto dipende in larga misura dalla personalità del singolo e dal mantenimento dei

legami con l'esterno. In quest'ottica, i colloqui assumono un ruolo fondamentale: rappresentano, infatti, l'unico spazio in cui il detenuto può riattivare le proprie relazioni sociali e mantenere vivo il contatto con il passato (De Risio et al., 2019).

2.2.3 Sindrome di Ganser

Nel 1898, Ganser descrisse alcuni pazienti caratterizzati principalmente dall'incapacità di rispondere correttamente anche a domande semplici, pur comprendendone il significato. Questi individui esprimevano discorsi sconnessi, davano risposte approssimative o errate, compivano calcoli in maniera distorta e spesso assumevano atteggiamenti infantili, fenomeno noto come "puerilismo isterico", prendendo in giro sia altri detenuti sia il personale sanitario. I sintomi classici della Sindrome di Ganser (GS) comprendono: risposte imprecise, contrarie o superficiali; coscienza alterata o obnubilata; stati sognanti o crepuscolari; sintomi somatici o di conversione; stretta associazione con eventi quali trauma cranico recente, febbre tifoide o gravi traumi emotivi; allucinazioni; amnesia riguardante l'episodio (Foglia, 2015).

In ambito penitenziario, quando si osserva una condizione simile, è fondamentale effettuare una diagnosi differenziale con la simulazione, per evitare che comportamenti manipolativi finalizzati all'ottenimento di vantaggi vengano confusi con un reale disturbo.

Ganser sosteneva che questi pazienti non fossero simulatori, poiché vivevano i propri sintomi con intensa partecipazione emotiva, autentica e non artificiosa; le risposte apparentemente assurde venivano fornite esclusivamente a fronte di domande e non spontaneamente, e gli individui sembravano sinceramente convinti della correttezza delle loro affermazioni (De Risio et al., 2019).

Nell'ICD-11 (World Health Organization, 2019) la Sindrome di Ganser continua a essere considerata un disturbo di tipo dissociativo (o di conversione). Anche nel DSM-IV (APA, 1994) la sindrome viene collocata all'interno della categoria dei disturbi dissociativi. Sia le classificazioni elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sia quelle dell'American Psychiatric Association non precisano quali debbano essere il numero, la natura o la gravità dei sintomi necessari per poter porre diagnosi di GS. La sindrome non compare nel DSM-5, pubblicato nel 2013, e la sua collocazione nosografica resta oggetto di dibattito: alcuni studiosi tendono infatti a interpretarla più come una forma di disturbo fittizio che come un disturbo dissociativo o di conversione (Winiewicz et al., 2022).

2.3 I modelli di importazione e di deprivazione

I modelli di importazione e di deprivazione rappresentano due cornici teoriche utilizzate per interpretare le modalità con cui le persone detenute vivono e si adattano all'ambiente carcerario (Akers et al., 1977).

Nel modello di importazione, l'adattamento alla vita in carcere dipende principalmente dalle caratteristiche personali portate dall'individuo all'interno dell'istituzione, come i tratti di personalità, le esperienze pregresse, le reti sociali, l'età, il genere, l'origine etnica, la tipologia di reato e la storia psichiatrica. Al contrario, il modello di deprivazione interpreta i comportamenti come risposte adattive alle condizioni e alle restrizioni imposte dal contesto carcerario, indipendentemente dalle differenze individuali (Kelly-Corless & McCarthy, 2024).

In passato, i due modelli sono stati visti come approcci opposti; oggi, invece, si riconosce che entrambi i modelli coesistono e interagiscono tra loro, influenzati

da fattori istituzionali, come il potere dell'organizzazione carceraria, le relazioni sociali interne, la durata della pena, la violenza e la condotta dei detenuti, oltre che dalle caratteristiche individuali.

I limiti dei testi classici orientati alla deprivazione, come quelli di Sykes (1958) e Goffman (1961), sono oggi ampiamente riconosciuti. Tali studi si basavano su osservazioni condotte in contesti specifici e presupponevano che l'adattamento derivasse esclusivamente dall'ambiente istituzionale. In realtà, l'adattamento in carcere è un processo complesso, individuale e non lineare, influenzato da molteplici fattori, soprattutto nelle popolazioni minoritarie. Le persone detenute, infatti, non costituiscono un gruppo omogeneo capace di adattarsi in modo uniforme alle regole e ai ruoli imposti (Kelly-Corless & McCarthy, 2024). Tuttavia, le teorie di Sykes e Goffman mantengono la loro rilevanza, poiché molte carceri continuano a essere organizzate secondo un modello standardizzato, modellato sul comportamento di una popolazione "tipica". Ciò può ostacolare gli adattamenti significativi da parte di chi si discosta da questa norma.

L'idea di Goffman (1961) secondo cui tutti vengono trattati nello stesso modo e sottoposti alle stesse regole, descrive efficacemente le difficoltà di chi non riesce ad adattarsi a un ambiente che non riconosce la differenza. Le "sofferenze della prigionia" descritte da Sykes (1958) aiutano a comprendere come le privazioni vengano percepite in maniera più intensa da chi si discosta dalle aspettative normative, delineando così un "continuum dolore-differenza" (Kelly-Corless & McCarthy, 2024).

E' importante adottare una prospettiva intersezionale, per mostrare come i modelli di importazione e deprivazione possano servire a comprendere la vita dei gruppi considerati "diversi" o minoritari in ambito carcerario. Questi includono

tutte le persone che si discostano dal profilo del detenuto standard (giovane, maschio, bianco e normodotato) per il quale le carceri sono storicamente state progettate (Kelly-Corless & McCarthy, 2024). Tale aspettativa riflette non solo la composizione prevalente della popolazione detenuta, ma anche il fatto che politiche, norme e culture penitenziarie siano ancora costruite su queste caratteristiche. La cultura carceraria dominante, intrisa di iper-mascolinità, forza e aggressività, continua a riflettere tali valori. Le persone che non rientrano in questo modello sperimentano spesso difficoltà aggiuntive, poiché l'ambiente carcerario può risultare istituzionalmente insensibile ai loro bisogni. Le strutture e i regimi standardizzati, concepiti per essere "neutrali", finiscono di fatto per escludere o penalizzare chi presenta differenze. Ciò deriva anche dalla mancanza di risorse, formazione e sensibilità da parte dell'istituzione e del personale. Una crescente letteratura dimostra come i gruppi minoritari sperimentino forme sproporzionate di deprivazione e sofferenza (Kelly-Corless & McCarthy, 2024). La relazione tra differenza e dolore costituisce il fulcro dell'analisi intersezionale. Il concetto di intersezionalità, introdotto da Crenshaw (1989), evidenzia come genere, razza e classe si intreccino nel produrre forme multiple di oppressione. Da allora, è stato applicato per indagare le interazioni tra identità individuali e sistemi di potere. In questa prospettiva, si mostra come le caratteristiche importate interagiscano con le deprivazioni strutturali del carcere, creando un effetto cumulativo di svantaggio (Kelly-Corless & McCarthy, 2024).

L'oppressione, infatti, va intesa sia come conseguenza del contesto carcerario, sia come elemento radicato al suo interno. Il modello implicito del detenuto (giovane, maschio, bianco e normodotato) riflette e riproduce le disuguaglianze strutturali della società. Studi recenti hanno mostrato come la prigione faccia parte di una più ampia rete di poteri e disuguaglianze di genere (Crewe et al.; 2017). Comprendere l'esperienza carceraria di alcuni gruppi richiede dunque di

considerare l'interazione tra oppressioni sociali preesistenti e deprivazioni istituzionali, che spesso si potenziano reciprocamente (Kelly-Corless & McCarthy, 2024) .

2.4 Le funzioni del NNSI nella popolazione detenuta

Nel 2016 Power et al. verificano la validità del Four-Function Model (FFM) (Nock & Prinstein, 2004) nei detenuti e sebbene le specifiche funzioni attribuite a ciascuna categoria presentino alcune differenze rispetto alla popolazione non detenuta, i partecipanti a questo studio descrivono motivazioni all'NNSI del tutto comparabili a quelle esaminati attraverso il modello FFM.

In linea con le ricerche che confermano l'utilizzo dell'autolesionismo come modalità di regolazione affettiva in tutte le popolazioni (Klonsky, 2007), inclusa quella detenuta (Power et al., 2013), la funzione rinforzo negativo automatico è risultata la più frequentemente riportata: il 29,4% delle funzioni indicate rientrava infatti in questa categoria. Nello studio di Nock e Prinstein (2004), la motivazione principale, scelta dal 52,9% dei rispondenti, era "interrompere i sentimenti negativi". Questo dato risulta particolarmente significativo perché contraddice l'idea, diffusa anche tra alcuni operatori penitenziari, secondo cui le condotte autolesive sarebbero messe in atto principalmente per fini manipolativi o di ricerca di attenzione. Così come nei soggetti non detenuti, anche per gli autori di reato l'NNSI garantiva benefici fisici e fisiologici a fronte di emozioni troppo intense (es. ansia), troppo attenuate (es. dissociazione), o sintomi cronici legati a disturbi mentali e sofferenza psicologica. (Power et al., 2016)

Un'altra categoria centrale emersa dallo studio è stata il rinforzo positivo sociale, con il 29,4% dei partecipanti che ha attribuito una funzione a questo ambito. Tale categoria evidenzia l'intento di alcuni detenuti di utilizzare l'NNSI come mezzo

per influenzare persone e contesti con cui interagiscono. In questo senso, l'autolesionismo diventa un canale comunicativo laddove il linguaggio risulta assente. In questa categoria sono emerse differenze di genere: gli uomini si dichiaravano più espliciti nell'utilizzare l'NSSI per ottenere risorse o gestire i movimenti, mentre le donne riferivano più frequentemente di ricorrervi come forma deliberata di auto-espressione. Alla luce delle difficoltà affrontate da molti partecipanti, l'uso dell'NSSI per ottenere una cella singola, proteggersi da minacce di altri detenuti e, al contempo, accedere a cure mediche, farmaci e maggiore interazione con il personale, può essere interpretato come uno sforzo razionale di sopravvivenza, piuttosto che come mera manipolazione (Power et al., 2016).

Il 23,5% dei partecipanti ha identificato il rinforzo positivo automatico come funzione del proprio NSSI. Tale categoria si è distinta per la presenza di temi fortemente criminologici. È emersa la ricerca di sensazioni, sebbene non sia chiaro se legata a spinte biologiche preesistenti o alla noia tipica della detenzione (o entrambe le cose). Più rilevanti sono risultati i vissuti di vergogna, colpa, biasimo, rimorso e persino sintomi post-traumatici, derivanti dai reati commessi o da esperienze pregresse di violenza. Sebbene i detenuti che mettono in atto NSSI incontrino notevoli difficoltà nell'espressione delle emozioni, fino a manifestare alessitimia, i dati raccolti suggeriscono che tali emozioni siano comunque presenti. Purtroppo, trovano espressione nell'autolesionismo piuttosto che attraverso canali alternativi (ad es. comunicazione, attività fisica) (Power et al., 2016).

La funzione meno attestata è stata il rinforzo negativo sociale (11,8%). In questa categoria i partecipanti dichiaravano consapevolezza della propria propensione alla violenza verso altri e, successivamente, verso se stessi, come modalità di contenimento di tali impulsi. Sebbene vi fosse coscienza delle conseguenze

punitive connesse ai comportamenti violenti e all'autolesionismo (es. isolamento, prolungamento della pena, sanzioni disciplinari), emergevano soprattutto elementi psicologici sottostanti i processi legati a tale tipologia di rinforzo. I detenuti riconoscevano l'escalation della propria rabbia e sembravano ricorrere all'NSSI per rivolgerla a sé stessi invece che all'esterno. Numerosi studi confermano che la rabbia sia l'emozione più comune prima dell'NSSI e che nelle popolazioni carcerarie le funzioni di espressione della rabbia siano largamente incorporate nei comportamenti autolesivi. Pur trattandosi di un fenomeno problematico e preoccupante, questi autori di reato mostrano un certo grado di autocontrollo e consapevolezza delle conseguenze delle proprie azioni; in alcuni casi ciò può rappresentare un passo verso la desistenza dall'NSSI, suggerendo che l'abbandono di tali condotte sia possibile, purché venga sviluppato un meccanismo alternativo e prosociale di coping (Power et al., 2016).

2.5 Fattori di rischio

In letteratura sono presenti numerosi articoli che analizzano quelli che potrebbero essere i fattori di rischio di autolesionismo non suicidario nella popolazione detenuta, rilevando:

a) Variabili demografiche: I tre principali fattori di rischio risultano essere la condizione di senzatetto, la mancanza di occupazione prima dell'ingresso in carcere e l'età inferiore ai 30 anni. L'essere donna comportava un lieve incremento del rischio, sebbene l'associazione con l'autolesionismo non fosse statisticamente significativa (Favril et al., 2020).

b) Genere ed etnia: Le detenute sembrano particolarmente vulnerabili allo sviluppo di condotte di autolesionismo non suicidario (NSSI). Già nel 2003 si osservava come, pur costituendo soltanto il 6% della popolazione carceraria, le donne fossero coinvolte in quasi la metà degli episodi di NSSI documentati (Borrill et al., 2005). Questo dato appare in contrasto con indagini più recenti sulle differenze di genere, secondo le quali uomini e donne presenterebbero tassi simili di NSSI (Briere & Gil, 1998; Klonsky et al., 2003). La letteratura indica inoltre che i comportamenti di NSSI risultano più frequenti tra i soggetti caucasici rispetto ai non caucasici, sia nei contesti comunitari sia in quelli detentivi (Borrill et al., 2003; Gratz, 2006; Maden et al., 2000; Marzano et al., 2010; O'Brien et al., 2003). Tuttavia, alcuni studi hanno rilevato eccezioni: ad esempio, uno studio (Borrill et al., 2003) ha evidenziato che donne nere e multietniche con dipendenza da sostanze presentavano livelli di NSSI persino superiori rispetto alle detenute caucasiche. Un'ulteriore ricerca condotta in Sud Carolina ha invece mostrato come, nella popolazione carceraria locale, l'autolesionismo non suicidario fosse significativamente associato allo stato civile di non coniugata e a un basso livello di istruzione (Dixon-Gordon et al., 2012).

c) Variabili criminologiche: Tra le variabili criminologiche, emergono come fattori di rischio l'aver commesso reati violenti e l'avere già sperimentato precedenti periodi di detenzione. Inoltre, una condanna superiore ai cinque anni o una pena detentiva a vita raddoppia la probabilità di comportamenti autolesivi (Favril et al., 2020).

d) Psicopatologia e NSSI: L'autolesionismo non suicidario (NSSI) risulta

associato a diverse dimensioni psicopatologiche nei contesti detentivi. Negli uomini è stato correlato alla presenza di sintomatologia depressiva e a tratti di impulsività, mentre nelle donne si osservano associazioni con sintomi depressivi, psicotici e impulsività (Dixon-Gordon et al., 2012). I fattori clinici rappresentano quelli con le correlazioni più forti rispetto a tutti gli altri domini di rischio. Tra questi, i fattori legati al suicidio, come l'ideazione suicidaria attuale o recente (di solito entro l'ultimo mese), la presenza di pensieri suicidari nel corso della vita e pregressi episodi di autolesionismo, mostrano un peso rilevante. La presenza di una diagnosi psichiatrica attuale è significativamente associata all'autolesionismo, in particolare nei casi di depressione maggiore e disturbo borderline di personalità. L'autolesionismo risulta più probabile anche in presenza di disturbi psicotici, disturbi d'ansia o disturbi da uso di sostanze. Segnali indiretti di disagio psichico, come il ricevere cure psichiatriche durante la detenzione, è anch'esso legato a un rischio più elevato di autolesionismo (Favril et al., 2020).

Nel contesto della psichiatria forense, non sono state rilevate differenze significative nelle diagnosi psichiatriche (desunte dalle cartelle cliniche) tra coloro che presentavano episodi ricorrenti di NSSI e quanti, invece, avevano sperimentato un singolo episodio. Tale risultato potrebbe tuttavia riflettere un artefatto legato al gruppo di confronto, composto presumibilmente da soggetti inviati ai servizi psichiatrici per ragioni differenti dall'autolesionismo (Dixon-Gordon et al., 2012).

e) Abuso di sostanze: L'NSSI è inoltre frequentemente connesso a problematiche relative all'uso di sostanze. Ad esempio, tra i detenuti di sesso maschile in custodia cautelare, coloro che riportano difficoltà connesse al consumo di

sostanze presentano una maggiore probabilità di avere una storia di NSSI (33%), rispetto a chi non segnala tali problematiche (21%) (Dixon-Gordon et al., 2012). L'abuso di sostanze risulta particolarmente diffuso in contesti criminali: si stima, ad esempio, che circa il 69% dei detenuti federali in Canada presenti problematiche connesse al consumo di sostanze (Power & Brown, 2009). In un campione di detenuti australiani, il 21% degli uomini e il 43% delle donne riferivano la presenza di impulsi autolesivi; tra questi, il 13% degli uomini e il 27% delle donne dichiaravano di aver messo in atto tali comportamenti sotto l'influenza di alcol (Power & Brown, 2009).

f) Coping e NSSI: Diversi studi (ad es. (Chapman et al., 2006) hanno evidenziato una relazione tra specifici stili di coping e l'autolesionismo non suicidario. Nelle popolazioni non detenute, l'NSSI è stato associato a strategie di coping di tipo evitante, caratterizzate dalla tendenza a sottrarsi ai fattori stressogeni, sia sul piano fisico che su quello cognitivo ed emotivo, piuttosto che a ricorrere a forme di problem solving orientate all'affrontare direttamente le difficoltà (Chapman et al., 2006; Hasking et al., 2008). Sebbene le ricerche in ambito penitenziario siano ancora limitate, emergono evidenze analoghe. I detenuti che adottano prevalentemente strategie di evitamento, e in misura minore strategie di coping attivo, risultano infatti maggiormente esposti al rischio di comportamenti autolesivi (Kirchner et al., 2008). Inoltre, rispetto sia a detenuti sia a studenti universitari privi di una storia di NSSI, i detenuti con esperienze autolesive riportano risorse cognitive meno sviluppate e competenze di problem solving più deboli, evidenziando in particolare una maggiore tendenza ad evitare i problemi e una ridotta percezione di controllo personale nelle situazioni che richiedono soluzioni (Dixon-Gordon et al., 2012).

g) Conflitti interpersonali e NSSI: Un ulteriore fattore di rischio associato all'autolesionismo non suicidario è rappresentato dalle difficoltà relazionali. Diversi studi (ad es. Brodsky et al., 2006; Welch & Linehan, 2002) hanno evidenziato come i problemi interpersonali possano costituire fattori di rischio prossimali per l'NSSI nelle popolazioni non detenute. In modo analogo, tra i soggetti reclusi in un ospedale ad alta sicurezza, l'antecedente più frequentemente riscontrato nei comportamenti di NSSI è costituito dal conflitto interpersonale, presente nel 42% degli episodi osservati (Dixon-Gordon et al., 2012).

h) Emozioni negative e NSSI: La tendenza a provare specifiche emozioni negative sembra rappresentare un fattore di rischio per l'autolesionismo non suicidario. In particolare, la rabbia è stata identificata come un fattore scatenante dell'NSSI sia nelle popolazioni non detenute (ad es. Brown et al., 2002; Herpertz et al., 1997; Simeon et al., 1992), sia tra le donne detenute in custodia cautelare (Wilkins & Coid, 1991). Tra i pazienti psichiatrici forensi, coloro che hanno compiuto più episodi di NSSI risultano più aggressivi secondo le valutazioni del personale e richiedono periodi di ricovero più lunghi rispetto a chi aveva sperimentato un singolo episodio di autolesionismo (Hillbrand et al., 1996). Allo stesso modo, l'aggressività auto-riferita si è rivelata un predittore significativo di NSSI tra i detenuti uomini (Sakellidis et al., 2010).

Un'altra emozione strettamente correlata all'NSSI è la vergogna: i soggetti che si autolesionano o manifestano comportamenti suicidari riportano livelli di vergogna

significativamente più elevati rispetto a chi non presenta comportamenti autolesivi (Milligan & Andrews, 2005).

Infine, emergono differenze tra popolazioni detenute e non detenute: tra i detenuti, l'NSSI è stato associato all'impulsività ma non alla tristezza, mentre nelle popolazioni non detenute è risultato collegato alla tristezza, ma non all'impulsività (Dixon-Gordon et al., 2012).

i) Maltrattamenti infantili e NSSI: Le esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia sono state identificate come fattori associati all'autolesionismo non suicidario. Numerosi studi (ad es. Carli et al., 2010; Coid et al., 1992; Shapiro, 1987) hanno riportato una correlazione tra storie di abuso sessuale o fisico e l'NSSI sia in popolazioni offender sia in contesti clinici, sebbene tale associazione risulti di entità relativamente modesta. L'abuso sessuale, in particolare, è stato frequentemente collegato all'NSSI nei campioni di detenuti. In uno studio condotto su detenuti di sesso maschile, il trauma infantile risultava associato all'NSSI; tuttavia, questa relazione perdeva significatività una volta controllata la presenza di psicopatologia (Sakellidis et al., 2010). Il legame tra esperienze traumatiche precoci e psicopatologia successiva potrebbe non essere diretto: i traumi infantili possono influenzare processi psicologici che, nel tempo, aumentano la vulnerabilità allo sviluppo di disturbi psicologici. Uno dei meccanismi attraverso cui il trauma infantile può predisporre all'NSSI è l'incremento della vergogna. In particolare, vergogna e vergogna relativa al corpo sono state identificate come mediatrici tra abuso infantile e successivi comportamenti autolesivi o tendenze suicidarie nelle popolazioni detenute. Questo modello, tuttavia, non si è riscontrato nelle popolazioni non detenute (Dixon-Gordon et al., 2012).

l) Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e NSSI: L'associazione tra PTSD e NSSI emerge anche nelle popolazioni detenute. L'elevata incidenza di PTSD in questi contesti non risulta sorprendente, considerando che dati del Correctional Service Canada del 2008 evidenziano come l'86% delle donne condannate a livello federale abbia subito abusi fisici e il 68% abusi sessuali, entrambi fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo. Inoltre, uno studio statunitense ha mostrato che il 75% delle donne coinvolte nel sistema giudiziario e con diagnosi di disturbo da abuso di sostanze presentava anche sintomi di PTSD (Power & Brown, 2009).

m) Condizioni detentive: Diversi fattori legati alla condizione detentiva mostrano un'associazione significativa con l'autolesionismo. I più rilevanti sono il confinamento in isolamento, le sanzioni disciplinari e le esperienze di violenza fisica o sessuale in carcere (Favril et al., 2020). L'osservazione di episodi di autolesionismo da parte di altri detenuti non mostra invece un effetto statisticamente significativo, anche se un ampio studio nazionale ha riscontrato una tendenza alla concentrazione temporale e spaziale di tali comportamenti (Favril et al., 2020).

2.6 Tipologie di atti autolesivi e la loro frequenza

Nel contesto penitenziario, le ricerche mostrano come le condotte autolesive più diffuse tra i detenuti siano il graffiarsi (95,7%) e il tagliarsi con un oggetto (94,3%) (Smith & Kaminski, 2011). Accanto a queste modalità, sono state rilevate con frequenza anche altre forme di NSSI, quali il battere la testa (84,8%),

il graffiarsi senza ricorrere ad alcun oggetto (82,2%), la riapertura intenzionale di ferite precedenti (81,3%) e l'inserimento di oggetti nel corpo (70,9%)(Smith & Kaminski, 2011).

2.7 Statistiche delle carceri italiane

L'osservatorio di Antigone, nel ventunesimo rapporto sulle condizioni di detenzione, approfondisce ed esamina i dati rilevati relativi all'autolesionismo in carcere (Associazione Antigone, 2025). Il primo elemento che emerge è la crescita di questo fenomeno. Nell'ultima rilevazione si osserva infatti un incremento del 40% degli episodi registrati, a fronte di un aumento della popolazione detenuta pari al 9%. In termini concreti, mentre nel monitoraggio 2023-2024 si contavano 21 atti autolesivi ogni 100 detenuti (3.149 episodi su 14.968 persone), nel periodo 2024-2025 il dato è salito a 27 episodi ogni 100 detenuti (4.526 episodi su 16.423 persone).

Al rilevamento 2023-2024, i cinque istituti con tasso di autolesionismo più elevato sono: CC Firenze Solliciano (75,6%), CC Gorizia (66,7%), CC Forlì (56,5%), CC Petrusa Agrigento (49,2%), CR Alessandria San Michele (48,3%).

È possibile ipotizzare una correlazione tra il tasso di sovraffollamento degli istituti penitenziari e l'incidenza delle pratiche autolesionistiche. I dati disponibili mostrano infatti che, nelle strutture caratterizzate da un sovraffollamento superiore al 150%, si registrano 24 atti di autolesionismo ogni 100 detenuti. Negli istituti anch'essi sovraffollati, ma con un tasso compreso tra il 100% e il 150%, la media scende a 21,3 atti ogni 100 detenuti. Nei penitenziari non sovraffollati, invece, l'incidenza si riduce ulteriormente, attestandosi a 16,6 episodi ogni 100 detenuti.

Un'ulteriore riflessione, basata sui dati raccolti nel biennio 2024-2025, riguarda la distribuzione degli atti di autolesionismo in relazione alla composizione della popolazione detenuta straniera. Pur senza voler sostenere una correlazione diretta tra matrice culturale e condotte autolesive, anche in considerazione del fatto che non è nota la nazionalità dei soggetti che hanno posto in essere tali comportamenti, è tuttavia rilevabile come, negli istituti con i tassi più elevati di autolesionismo, la presenza di detenuti stranieri sia particolarmente significativa. In due di essi (CC Milano San Vittore e CC Cassino) la quota supera il 60%, mentre in altri due (CC Firenze Sollicciano e CC Forlì) la percentuale si attesta comunque oltre il 30%.

Capitolo 3

Interventi e strategie di prevenzione

3.1 I servizi psicologici per i detenuti

I detenuti che si autolesionano utilizzano in modo sproporzionato le risorse sanitarie. Misurare con precisione il consumo di risorse mediche può anche costituire un argomento economico a favore dell'attuazione di interventi efficaci contro l'autolesionismo, utile per convincere gli stakeholder istituzionali (Smith & Kaminski, 2010).

Le valutazioni sul funzionamento dei servizi sanitari mostrano che i detenuti che mettono in atto comportamenti autolesivi presentano un rischio più elevato di comorbidità, soprattutto in relazione alla necessità di trattamenti intensivi di salute mentale e/o alla presenza di restrizioni istituzionali. In particolare coloro che si autolesionano hanno quasi dieci volte più probabilità di ricevere interventi di salute mentale intensiva (Smith & Kaminski, 2010). Di conseguenza, gli interventi dovrebbero tener conto delle vulnerabilità psicologiche dei detenuti, in particolare dei soggetti con disturbo borderline di personalità o disturbo antisociale di personalità. Un approccio potenzialmente efficace potrebbe essere rappresentato da interventi integrati, capaci di affrontare l'autolesionismo nel quadro delle comorbidità legate a problematiche di salute mentale e fisica (Smith & Kaminski, 2010). Le caratteristiche criminogene dei detenuti che si autolesionano evidenziano un marcato disadattamento all'ambiente carcerario. Essi, infatti, mostrano un aumento del 213% nel numero di infrazioni disciplinari, e ogni episodio autolesivo è associato a un incremento del 37% delle infrazioni commesse (Smith & Kaminski, 2010). Questi risultati confermano quanto già osservato in studi precedenti, che segnalavano elevati livelli di aggressività

(Hillbrand, 1993), ostilità e senso di colpa (Haines et al., 1995) e violenza (Wichmann et al., 2002) tra i detenuti con comportamenti autolesivi.

In prospettiva, gli interventi dovrebbero concentrarsi sull'insegnamento di strategie di coping finalizzate a favorire un migliore adattamento sociale e relazionale all'interno del contesto detentivo (Smith & Kaminski, 2010).

3.2 Valutazione del rischio

Riconoscere tempestivamente gli autori di reato che presentano un rischio di autolesionismo rappresenta il punto di partenza fondamentale per poter intervenire efficacemente nella gestione e nella prevenzione di tali comportamenti.

3.2.1 Il servizio nuovi giunti

Il Servizio nuovi giunti in ambito penitenziario venne istituito nel 1987 con la Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) n. 3233/5683, emanata in risposta al crescente numero di suicidi e atti autolesionistici all'interno delle strutture carcerarie. Tale servizio nacque con l'obiettivo di tutelare in modo specifico le persone in condizioni di maggiore vulnerabilità, in particolare giovani, anziani, tossicodipendenti e soggetti in condizioni fisiche o psichiche precarie, che affrontano per la prima volta l'esperienza della detenzione (Garuti, 2012). La circolare del 1987 prevedeva che l'esperto ex art. 80 della Legge 354/1975 svolgesse una valutazione complessiva del livello di rischio in due ambiti distinti: rispetto al rischio di comportamenti autolesionistici o violenti verso se stessi e rispetto al rischio di subire violenze da parte di altri. Per ciascun ambito,

l'esperto doveva esprimere un giudizio di rischio articolato su cinque livelli (minimo, basso, medio, alto, altissimo) e fornire indicazioni operative immediate al personale responsabile dell'assegnazione del detenuto. Tali indicazioni riguardavano, ad esempio, l'eventuale collocazione in infermeria o in cella singola, la necessità di un piantone, di un'assistenza particolare o di un monitoraggio intensivo (Garuti, 2012).

Una successiva Circolare D.A.P. del 2000 (n. 3524/5974) introdusse linee guida migliorative del sistema di prevenzione e intervento, volte alla riduzione dei suicidi in carcere. In essa si sottolineava l'importanza che l'attività del Servizio nuovi giunti non si limitasse alla mera classificazione del rischio, ma fosse seguita da una presa in carico effettiva dei detenuti individuati come a rischio. Tale presa in carico doveva coinvolgere non solo il personale di custodia, ma anche gli operatori dell'area trattamentale, sanitaria e psichiatrica, in particolare nei casi di disagio psichico o ambientale grave.

Con la Circolare G.D.A.P. del 2007 (n. 0181045) il servizio venne ulteriormente ampliato, configurandosi come un sistema di accoglienza più esteso per i nuovi ingressi. La norma stabiliva che, entro 36 ore dall'ingresso, dovessero essere attivati gli interventi dello psicologo per la valutazione del rischio auto- o eterolesionistico, nonché la consulenza degli specialisti necessari, con particolare attenzione allo psichiatra in caso di sospetta o accertata patologia mentale. Si prevedeva inoltre che lo psichiatra potesse essere coinvolto su richiesta del medico o successivamente al colloquio psicologico (Garuti, 2012). Un'importante svolta si ebbe nel 2008, con il trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sancito dal D.P.C.M. 1 aprile 2008. Tale provvedimento introdusse l'obbligo di una valutazione medica e psicologica di tutti i nuovi ingressi, da realizzarsi anche in più momenti e per periodi di osservazione adeguati. La valutazione doveva essere effettuata dal

medico di medicina generale, in collaborazione con lo psicologo e con il supporto degli specialisti necessari. Venivano inoltre raccomandate procedure di accoglienza mirate ad attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e a prevenire atti autolesionistici, con una costante verifica dell'efficacia degli interventi realizzati in sinergia tra i diversi professionisti (Garuti, 2012). Infine, nel 2012, la Conferenza Unificata ha approvato un accordo (seduta del 9 gennaio 2012) che ha ulteriormente consolidato il ruolo del SSN nella gestione dei nuovi giunti. L'accordo evidenzia la necessità di individuare e trattare tempestivamente situazioni di disagio psicologico, disturbo psichico o fragilità, promuovendo un coordinamento funzionale tra tutte le figure professionali coinvolte, indipendentemente dalla loro appartenenza istituzionale. L'obiettivo dichiarato è quello di rafforzare la sinergia operativa e di mettere in atto misure efficaci di prevenzione del rischio suicidario, contribuendo alla riduzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi all'interno delle strutture detentive (Garuti, 2012).

3.2.2 Jail Screening Assessment Tool (JSAT)

La regione Emilia-Romagna, con la Delibera n. 2051 del 18/11/2019 della RER, ha reso obbligatorio l'utilizzo dello strumento Jail Screening Assessment Tool (JSAT; Nicholls et al., 2003).

Il Jail Screening Assessment Tool (JSAT) è uno strumento standardizzato impiegato in ambito penitenziario per effettuare una valutazione iniziale delle persone di nuovo ingresso, predire un livello di adattamento psicologico all'interno dell'istituzione ed orientare la costruzione di un percorso trattamentale personalizzato durante la detenzione. Si basa su un'intervista semistrutturata che esplora vari ambiti: dati sociodemografici, situazione giuridica, comportamenti

violenti auto o eterodiretti, contesto sociale di provenienza, consumo di sostanze, precedenti trattamenti psichiatrici, rischio suicidario e autolesivo e condizioni psicologiche generali.

L'obiettivo principale è individuare e segnalare ai professionisti sanitari e/o al personale penitenziario eventuali bisogni di assistenza specifica, rilevando precocemente fattori di rischio legati ad autolesionismo, suicidio, vittimizzazione, aggressività o disturbi mentali. Lo strumento risulta utile anche nell'ambito della valutazione psichiatrico-forense (ad esempio per la determinazione dell'imputabilità o della pericolosità sociale) e nelle strutture territoriali di supporto, come comunità residenziali o servizi sociali.

La somministrazione del JSAT è rapida e può essere effettuata su persone detenute di entrambi i sessi, inclusi i minorenni.

Martin et al. (2013) hanno analizzato lo studio originario di sviluppo dello strumento (Ogloff, 2002; Tien et al., 1993) insieme a due successive validazioni indipendenti (Gagnon, 2009; Nicholls et al., 2004). Nei campioni maschili, il JSAT ha evidenziato livelli di sensibilità compresi tra il 38% e l'84%, valore massimo riscontrato nello studio di sviluppo. Per quanto riguarda le donne, la sensibilità rilevata è stata pari al 75%. Gli autori (Martin et al., 2013) sottolineano la notevole variabilità di tali risultati, attribuendola al fatto che il JSAT si basa su una procedura di giudizio professionale strutturato. In uno degli studi (Gagnon, 2009), l'introduzione di un cut-off di punteggio più standardizzato ha consentito di ottenere una sensibilità compresa tra il 67% e il 72%. Alla luce dell'ampia eterogeneità delle prestazioni osservate nei diversi contesti, emerge come essenziale una formazione specifica e approfondita del personale che utilizza il JSAT, strumento fortemente dipendente dalla valutazione soggettiva dell'operatore.

3.3 Programmi terapeutici efficaci

La letteratura ha individuato alcune evidenze a sostegno di tre tipologie di intervento terapeutico applicate alle popolazioni detenute. In particolare, emergono come efficaci (Shelton et al., 2017): la formazione del personale penitenziario volta a potenziare le competenze nella gestione dei comportamenti autolesivi e dei tentativi di suicidio; la terapia cognitivo-comportamentale; e la terapia dialettico-comportamentale. È stato inoltre osservato che i detenuti con diagnosi di disturbo borderline di personalità (BPD) mostrano una riduzione più significativa dei comportamenti autolesivi rispetto a coloro che non presentano tale disturbo, in seguito all'attuazione degli interventi (Shelton et al., 2017).

3.3.1 Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) comprende una varietà di approcci che condividono l'obiettivo comune di intervenire in modo sistematico sui comportamenti problematici, attraverso strategie di ristrutturazione dei processi di pensiero. Questo tipo di terapia è stato applicato con successo a diversi disturbi psicologici, tra cui i comportamenti suicidari e l'autolesionismo, e può essere condotto sia in setting individuale sia di gruppo.

Non esiste un modello unico e standardizzato di CBT specifico per l'autolesionismo. Tuttavia, tutti gli interventi basati su questo approccio si fondano su principi comuni. La CBT parte dal presupposto che i comportamenti disfunzionali siano influenzati da processi cognitivi, e che modificando le convinzioni e i pensieri distorti alla loro base sia possibile cambiare anche le azioni problematiche (Usher et al., 2010). Nel trattamento dell'autolesionismo e dei comportamenti suicidari, l'obiettivo principale della CBT è aiutare la persona a riconoscere i pensieri e le credenze profonde che precedono gli episodi

autolesivi. Attraverso tecniche di tipo cognitivo e comportamentale, il terapeuta guida il paziente nell'elaborazione di strategie più efficaci per gestire lo stress e affrontare le difficoltà (Usher et al., 2010).

Una meta-analisi recente ha valutato l'efficacia della CBT nella riduzione dei comportamenti suicidari, compreso l'autolesionismo, analizzando 28 studi pubblicati. I risultati hanno mostrato che la CBT produce un miglioramento significativo, risultando più efficace nel ridurre questi comportamenti rispetto al trattamento minimo o al cosiddetto "trattamento abituale", che consiste in altri interventi di tipo psicosociale (Usher et al., 2010).

3.3.2 Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT)

La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) è una forma specifica di terapia cognitivo-comportamentale ideata da Marsha Linehan nel 1993 come trattamento strutturato per persone con disturbo borderline di personalità (BPD). Questo approccio pone una particolare attenzione ai comportamenti suicidari e autolesionistici, frequenti in chi presenta BPD, rendendolo indicato anche per soggetti che mostrano tali condotte senza soddisfare completamente i criteri diagnostici del disturbo (Usher et al., 2010).

La DBT si fonda su una teoria biosociale della personalità e del comportamento, secondo la quale le persone con tratti borderline soffrono di una marcata disregolazione emotiva dovuta all'interazione tra vulnerabilità biologiche e contesti ambientali disfunzionali (Linehan, 1993). Questi individui risultano molto sensibili emotivamente e hanno difficoltà a gestire le proprie emozioni, mancando di strategie efficaci per modularle. Il modello dialettico proposto da Linehan sottolinea inoltre che tali persone tendono a un pensiero rigido, estremo e polarizzato, faticando ad adattarsi ai cambiamenti ambientali. Il cuore della

DBT è proprio quello di affrontare tali difficoltà emotive e cognitive, fornendo strumenti pratici per superarle (Usher et al., 2010).

La terapia si articola in quattro aree di competenza: mindfulness (consapevolezza del momento presente), tolleranza alla sofferenza, regolazione emotiva ed efficacia interpersonale. Inoltre, l'approccio dialettico è utilizzato anche per aiutare il personale clinico o penitenziario a gestire lo stress e prevenire il burnout, specialmente quando lavora con persone con disturbo borderline o comportamenti autolesivi. La DBT riconosce che operatori e terapeuti possano sperimentare conflitti interni (ad esempio tra il garantire la sicurezza e promuovere il trattamento) ed offre strumenti per affrontare queste tensioni.

Sebbene originariamente concepita per contesti comunitari, la DBT risulta particolarmente adatta anche all'ambiente carcerario, dove i detenuti devono fronteggiare emozioni intense come rabbia, vergogna, colpa e tristezza, oltre a doversi adattare a un contesto fortemente limitante. Alcuni autori sostengono che la DBT sia efficace nelle popolazioni forensi poiché, come approccio cognitivo-comportamentale strutturato, aiuta a ridurre i comportamenti aggressivi e pericolosi, contribuendo anche a contenere il burnout del personale (McCann, Ball & Ivanoff, 2000). Numerosi studi condotti in ambiti clinici e comunitari mostrano che la DBT riduce significativamente i comportamenti autolesivi e suicidari (Usher et al., 2010). La DBT si è quindi rivelata utile nel trattamento delle componenti suicidarie e autolesionistiche del DBP, ed è stata adattata per l'applicazione nei contesti penitenziari in vari Paesi, tra cui Stati Uniti, Canada, Australia e Regno Unito (Usher et al., 2010).

Sebbene molte di queste applicazioni siano ancora in fase iniziale, le prime evidenze suggeriscono che la DBT possa risultare efficace anche nelle strutture forensi. Un esempio di adattamento è il programma RUSH (Real Understanding

of Self-Help; Eccleston & Sorbello, 2002), sviluppato in Australia per detenuti con tratti borderline, in particolare con ideazione suicidaria e autolesionismo ricorrente. Il programma punta a riconoscere e convalidare le risposte emotive, cognitive e comportamentali dei detenuti a eventi stressanti, con l'obiettivo di ridurre episodi autolesivi e tentativi di suicidio, insegnando strategie più adattive. Il modello RUSH mantiene la struttura della DBT originale (Linehan, 1993), ma introduce alcune modifiche per renderlo fruibile in ambito carcerario. I moduli sono stati semplificati per adattarsi a diversi livelli di alfabetizzazione; il linguaggio e gli esempi sono stati resi più neutrali e personalizzabili; inoltre, la componente di terapia individuale è stata ridotta per motivi pratici ed economici, privilegiando le sessioni di gruppo. Il programma, di intensità moderata, prevede 20 incontri in 10 settimane (Usher et al., 2010). La sperimentazione del programma RUSH in un carcere australiano maschile ha evidenziato una diminuzione dei livelli di stress e un buon riscontro da parte dei partecipanti, che hanno riportato alta motivazione e utilità percepita delle competenze apprese. Anche se i dati non hanno ancora confermato una riduzione significativa degli episodi autolesivi, il personale ha osservato miglioramenti nel comportamento e minori disfunzioni tra i detenuti coinvolti (Eccleston & Sorbello, 2002). In Canada, il Correctional Service of Canada (CSC) ha adattato la DBT per il trattamento di donne autrici di reato con gravi problemi di regolazione emotiva e comportamentale, spesso con una storia di autolesionismo e tentativi di suicidio (McDonough, Taylor & Blanchette, 2002). Il programma del CSC prevede un approccio completo che include psicoterapia individuale, training sulle abilità, supporto e coaching, oltre a incontri di consulenza a livello locale e nazionale per i terapeuti DBT (Usher et al., 2010). Nel complesso, le evidenze disponibili indicano che la DBT rappresenta una delle opzioni più efficaci per trattare l'autolesionismo cronico. Tuttavia, è

importante una certa cautela: la sua efficacia è meglio documentata per persone con tendenze suicidarie o autolesionistiche croniche, legate a un disturbo borderline o a una marcata disregolazione emotiva. Chi si autolesiona ma non presenta tale disregolazione potrebbe non trarre uguale beneficio da questo approccio. Per questi individui, altri tipi di intervento terapeutico potrebbero risultare più indicati, e saranno discussi nella sezione successiva (Usher et al., 2010).

3.4 Caratteristiche comuni degli interventi efficaci

Le terapie descritte fino a questo punto risultano in genere piuttosto impegnative, sia per il tempo richiesto sia per la complessità dei contenuti. Anche se le ricerche dimostrano che la DBT e altri approcci simili sono tra i più efficaci nel trattare l'autolesionismo, la loro organizzazione può renderne difficile l'applicazione in contesti penitenziari. Tuttavia, esistono alcune caratteristiche condivise da quegli interventi che si sono dimostrati utili nel ridurre i comportamenti autolesivi, e che possono essere applicate da tutto il personale che lavora quotidianamente con detenuti che presentano comportamenti autolesionistici all'interno dell'istituzione penitenziaria (Usher et al., 2010).

3.4.1 Relazione terapeutica positiva

Stabilire una relazione di fiducia e di sostegno rappresenta un elemento fondamentale per un trattamento efficace dell'autolesionismo. Un legame collaborativo solido tra il professionista e la persona che mette in atto comportamenti autolesivi costituisce il punto di partenza per comprendere e modificare tali comportamenti. Questo principio è coerente con la ricerca clinica

in generale, che evidenzia come una buona alleanza terapeutica tra operatore e paziente sia uno dei principali fattori di successo, a prescindere dal tipo di intervento utilizzato (Usher et al., 2010).

La letteratura individua diversi elementi che contribuiscono alla costruzione di una relazione terapeutica positiva. In primo luogo, è fondamentale che l'operatore adotti un atteggiamento privo di giudizio nei confronti del paziente. Le persone che si autolesionano, infatti, hanno spesso sperimentato forti critiche o stigmatizzazione in passato a causa del loro comportamento. È quindi consigliato adottare un approccio di "curiosità rispettosa" durante il dialogo sull'autolesionismo. Inoltre, è essenziale riconoscere e validare le emozioni e i bisogni che conducono all'atto autolesivo, insieme al significato che esso assume per la persona. Poiché l'autolesionismo è spesso descritto come una strategia di coping, sebbene disfunzionale, è importante accettare questa funzione per creare una relazione empatica e di comprensione (Usher et al., 2010).

Un altro aspetto cruciale nello sviluppo di una relazione positiva è l'uso di un linguaggio adeguato quando si parla di autolesionismo. È preferibile evitare di definirlo come un "tentativo di suicidio" quando l'intento reale non è certo. La ricerca mostra che le motivazioni e le emozioni legate all'autolesionismo non suicidario differiscono profondamente da quelle dei tentativi di suicidio. Etichettare il comportamento in modo improprio può ostacolare la costruzione di un rapporto empatico e rispettoso. Allo stesso modo, è opportuno non utilizzare il termine "gesto suicida", poiché può trasmettere l'idea che l'atto sia irrilevante o manipolativo (Usher et al., 2010). La strategia più efficace è quella di utilizzare lo stesso linguaggio che la persona impiega per descrivere la propria esperienza. Questo tipo di "rispecchiamento linguistico" è spesso indicato come un mezzo per consolidare l'alleanza terapeutica e promuovere rispetto e fiducia reciproca. Adottare le parole del paziente contribuisce a comunicare comprensione e a

rafforzare il legame terapeutico. Gli stessi principi dovrebbero essere seguiti anche quando si lavora con persone detenute che presentano comportamenti autolesivi (Usher et al., 2010).

3.4.2 Analisi dell'incidente

Dopo aver instaurato una relazione positiva tra la persona che si autolesiona e l'operatore, è opportuno procedere con un'analisi dettagliata dell'episodio autolesivo. Lo scopo di questa fase è aiutare l'individuo a riconoscere e comprendere il contesto in cui si è verificato il comportamento. È fondamentale individuare i fattori scatenanti (emozioni, pensieri e circostanze ambientali) che hanno preceduto e portato all'autolesionismo. Poiché gli stimoli che innescano questi comportamenti variano notevolmente da persona a persona, alcuni esempi comuni possono includere la perdita, i conflitti interpersonali, la frustrazione, la rabbia, la solitudine, la tristezza o la tendenza a interpretare in modo negativo eventi neutri. È essenziale accompagnare l'individuo nel collegare la propria risposta emotiva e cognitiva all'evento che l'ha provocata. Le ricerche mostrano infatti che chi si autolesiona presenta spesso difficoltà nella regolazione emotiva, reagendo in modo eccessivo o sproporzionato rispetto agli stimoli negativi (Usher et al., 2010).

È altrettanto importante identificare i fattori che contribuiscono a mantenere o rafforzare il comportamento autolesivo. Spesso, l'autolesionismo viene utilizzato come strategia per alleviare un forte disagio emotivo o ottenere un sollievo psicologico temporaneo. Durante l'analisi dell'incidente, può essere utile esplorare in che modo specifico l'atto autolesivo produce tale sollievo. Ad esempio, per alcune persone esso serve a ridurre sentimenti intensi di rabbia,

tristezza o paura. Il sollievo che segue l'episodio tende, però, a rinforzare il comportamento, rendendolo più probabile in futuro.

Un altro aspetto cruciale riguarda l'identificazione di eventuali rinforzi sociali secondari. Talvolta, le reazioni del personale o di altri detenuti possono, senza intenzione, contribuire a rafforzare il comportamento autolesivo. Ad esempio, manifestazioni eccessive di preoccupazione o sostegno, sebbene mosse da buone intenzioni, possono involontariamente aumentare il rischio di ripetizione. Al contrario, risposte caratterizzate da shock, rifiuto o disgusto possono suscitare nella persona sentimenti di abbandono o rigetto, che a loro volta possono innescare nuovi episodi. Per questo motivo, il personale è incoraggiato a mantenere la calma, a controllare le proprie reazioni emotive e ad assumere un atteggiamento equilibrato e professionale (Walsh, 2006).

L'analisi dell'incidente dovrebbe essere condotta in collaborazione tra l'operatore e la persona coinvolta. Come già sottolineato, una relazione basata sul sostegno reciproco facilita un'esplorazione più aperta e onesta del comportamento. Poiché l'autolesionismo è spesso accompagnato da sensi di colpa e vergogna, la costruzione di un rapporto di fiducia rappresenta un elemento indispensabile per rendere questo processo realmente efficace (Usher et al., 2010).

3.4.3 Skill training

Le ricerche mostrano che le persone che si autolesionano presentano spesso difficoltà nel problem solving. Alcuni autori (Nock & Mendes, 2008) hanno rilevato che gli adolescenti con una storia di autolesionismo tendevano a scegliere soluzioni più negative di fronte a problemi sociali e a percepirsi come meno capaci di risolverli rispetto ai loro coetanei non autolesionisti. Altri studi

hanno inoltre evidenziato una generale mancanza di strategie di coping adeguate all'interno di questa popolazione (Usher et al., 2010) .

Lo skill training rappresenta un elemento chiave nelle terapie più strutturate e intensive, come la DBT e la CBT, fondate sull'idea che chi si autolesiona manchi di strategie di coping efficaci e adattive (Linehan, 1993). In questo contesto, lo skill training mira a insegnare comportamenti alternativi e competenze che favoriscano la tolleranza alla sofferenza, la gestione dei problemi e il controllo emotivo. L'obiettivo principale è fornire agli individui strumenti nuovi per affrontare il disagio emotivo in modo più funzionale rispetto all'autolesionismo. Poiché quest'ultimo viene spesso utilizzato come meccanismo di regolazione emotiva, la logica dell'intervento è che debba essere sostituito con metodi alternativi più sani e costruttivi (Usher et al., 2010).

Le abilità insegnate variano in base alle caratteristiche e alle preferenze della persona. La letteratura cita diversi esempi di tecniche utili, tra cui: sostituzione comportamentale, respirazione consapevole, esercizi di visualizzazione, attività fisica, scrittura o diario personale, creazione artistica, ascolto della musica, ricerca di sostegno sociale e strategie di distrazione (Dear et al., 2006; Walsh, 2006).

Le tecniche di distrazione o di sostituzione comportamentale sono spesso menzionate dai clinici come strumenti di riduzione del danno. Alcuni esempi includono l'uso di un pennarello rosso sulla pelle invece di procurarsi ferite, lo schiocco di un elastico, l'applicazione di ghiaccio sulle aree in cui ci si ferirebbe di solito, o il disegno simbolico dell'atto autolesivo senza arrecare danno fisico. A livello aneddotico, queste strategie possono risultare utili per interrompere temporaneamente l'autolesionismo, soprattutto se affiancate ad altri interventi terapeutici. Tuttavia, la letteratura scientifica non offre ancora prove solide sulla

loro efficacia. In un contesto penitenziario, queste tecniche possono comunque avere valore per prevenire lesioni gravi o immediate, pur richiedendo cautela: poiché imitano parzialmente l'atto autolesivo, potrebbero in alcuni casi contribuire a mantenerlo nel tempo se non accompagnate da un intervento terapeutico più profondo (Usher et al., 2010).

In un'indagine condotta su 39 giovani adulti con esperienze di autolesionismo non suicidario, i partecipanti hanno valutato le strategie più utilizzate e quelle considerate più efficaci per resistere all'impulso autolesivo (Klonsky & Glenn, 2008). I quattro metodi ritenuti più efficaci sono risultati: l'esercizio fisico, la rimozione degli oggetti che possono favorire l'autolesionismo, la ricerca di una persona empatica con cui parlare e il ricorso alla spiritualità o alla religione. È interessante notare che le strategie più frequentemente adottate non coincidevano necessariamente con quelle giudicate più utili. Ciò evidenzia l'importanza di collaborare con la persona per identificare e insegnare tecniche di coping realmente efficaci e personalizzate. Una volta definite le abilità da sviluppare e concordate con l'individuo, è fondamentale monitorarne l'applicazione per valutarne l'efficacia nel tempo (Usher et al., 2010).

La letteratura sull'intervento in ambito penitenziario sottolinea che la formazione sulle competenze dovrebbe essere una parte integrante di qualsiasi programma volto a ridurre la recidiva. Le abilità di coping e le competenze sociali di base sono essenziali per gestire vari comportamenti problematici, tra cui la prevenzione dell'autolesionismo. Programmi più ampi, che includano moduli di skill training, potrebbero aiutare i detenuti con rischio di autolesionismo anche se non inseriti in trattamenti specifici. Inoltre, offrendo tali programmi a tutti, si ridurrebbe lo stigma associato alla partecipazione a interventi per l'autolesionismo (Usher et al., 2010).

3.4.4 Ristrutturazione cognitiva

Oltre alle tecniche comportamentali previste nello skill training, un'ulteriore strategia frequentemente impiegata negli interventi clinici efficaci è la ristrutturazione cognitiva. Le persone che si autolesionano tendono spesso a nutrire convinzioni profondamente negative su se stesse, sulle proprie capacità e sulle prospettive future. Alcuni autori hanno individuato quattro principali convinzioni ricorrenti tra gli autolesionisti non suicidari (Walsh and Rosen, 1988):

- 3) l'autolesionismo è un comportamento accettabile;
- 4) il corpo e il sé sono percepiti come disgustosi e meritevoli di punizione;
- 5) è necessario agire immediatamente per alleviare i sentimenti negativi;
- 6) l'azione autolesiva serve a comunicare il proprio dolore emotivo agli altri.

L'obiettivo della ristrutturazione cognitiva è quello di mettere in discussione e modificare questi pensieri disfunzionali, sostituendoli con convinzioni più realistiche, equilibrate e adattive. In questo contesto, la ristrutturazione cognitiva può essere condotta attraverso un'analisi approfondita di un episodio autolesivo passato, esplorandone i pensieri, le emozioni e le convinzioni associate. Spesso, l'individuo sperimenta pensieri automatici negativi che si attivano prima dell'atto autolesivo, senza esserne pienamente consapevole. Una volta identificati questi pensieri ricorrenti, l'operatore può lavorare insieme alla persona per metterli in discussione, evidenziarne le distorsioni e sostituirli con interpretazioni più costruttive.

Per ridurre o eliminare l'autolesionismo, l'intervento dovrebbe includere l'uso di tecniche cognitive mirate a contrastare tali convinzioni disadattive. Un esempio di applicazione consiste nell'aiutare l'individuo a comprendere che l'autolesionismo è incompatibile con il rispetto di sé e con un sano senso di autostima. Rafforzare questa consapevolezza può contribuire a indebolire i pensieri autolesivi e a promuovere comportamenti più orientati alla cura di sé (Usher et al., 2010).

Conclusioni

Dagli studi esaminati emerge con chiarezza come l'autolesionismo non suicidario (NSSI) rappresenti un fenomeno complesso e multifattoriale, strettamente intrecciato sia con la suicidalità che con diverse dimensioni psicopatologiche, socio-demografiche e contestuali. Le evidenze raccolte delineano un quadro in cui la distinzione tra comportamenti autolesivi non suicidari e comportamenti suicidari, pur concettualmente netta, appare sfumata nella realtà clinica, in quanto i due fenomeni condividono molteplici fattori di rischio, funzioni regolative e profili psicopatologici.

In primo luogo, la definizione e la collocazione diagnostica del NSSI, così come proposte dal DSM-5 e dal DSM-5-TR, evidenziano un riconoscimento crescente della rilevanza clinica del fenomeno. Pur non essendo ancora incluso tra i disturbi ufficiali, il Disturbo da Autolesività Non Suicidaria (NSSID) viene individuato come condizione che richiede ulteriori studi, indicando l'urgenza di approfondire la validità clinica e i criteri diagnostici, nonché di sviluppare interventi terapeutici specifici. Il NSSI, distinto dal comportamento suicidario per l'assenza di intenzionalità di morte, risponde prevalentemente a funzioni di regolazione emotiva e psicologica, evidenziando la complessità dei processi sottostanti e la necessità di approcci diagnostici differenziati rispetto al suicidio vero e proprio (APA, 2022).

Dal punto di vista psicopatologico, emerge come l'autolesionismo non suicidario si manifesti in diversi contesti clinici e in comorbidità con molteplici disturbi psichiatrici, quali disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi alimentari, uso di sostanze e disturbi della personalità, con particolare riferimento al Disturbo Borderline di Personalità (BPD). Sebbene storicamente l'NSSI fosse considerato prevalentemente un fenomeno legato al BPD, gli studi riportano che circa la metà

dei soggetti con NSSI non soddisfa i criteri per il disturbo borderline, confermando l'esistenza di percorsi clinici distinti e l'importanza di considerare il NSSI come fenomeno trasversale rispetto a diverse diagnosi psicopatologiche. Le evidenze indicano, inoltre, che l'NSSI in comorbidità con il BPD rappresenta un indicatore di maggiore gravità clinica, associato a sintomi depressivi più intensi, disregolazione emotiva marcata, tassi più elevati di ideazione suicidaria e uso di modalità autolesive più gravi e diversificate.

Sul piano funzionale l'autolesionismo non suicidario assolve diverse funzioni, anche se la funzione prevalente risulta essere quella di regolazione affettiva, sia all'interno di campioni clinici che in campioni di detenuti. Tale condotta è spesso un mezzo adattativo per fronteggiare emozioni intense, ansia, dissociazione, vergogna e sentimenti di colpa. Nei contesti detentivi, oltre alla regolazione emotiva, l'autolesionismo può assumere funzioni strumentali legate alla modifica della propria situazione. Tale contesto amplifica la complessità di questi comportamenti, poiché le limitazioni, la violenza percepita e la mancanza di risorse alternative accentuano l'uso dell'NSSI come strategia di coping.

La distribuzione dei comportamenti autolesivi mostra differenze legate al genere, alla storia traumatica, alla psicopatologia, all'abuso di sostanze e alla vulnerabilità emotiva, confermando l'importanza di un approccio individualizzato nella prevenzione e nel trattamento.

La detenzione costituisce un contesto ad alto rischio, ma tale rischio non è omogeneo. Variabili demografiche, caratteristiche criminologiche, esperienze traumatiche, disturbi psichiatrici, condizioni detentive e stili di coping interagiscono per determinare la probabilità di autolesionismo. Il ruolo del trauma infantile e del PTSD conferma la persistenza di vulnerabilità pregresse, mentre le condizioni di isolamento, le sanzioni disciplinari e le esperienze di

violenza istituzionale aggravano ulteriormente il rischio. La relazione tra emozioni negative, in particolare rabbia e vergogna, e comportamenti autolesivi indica come l'NSSI possa essere interpretato come un tentativo di regolazione emotiva e di contenimento di impulsi aggressivi, seppure con conseguenze fisiche e psicologiche rilevanti.

La vita carceraria non rappresenta semplicemente una limitazione della libertà fisica, ma un processo complesso di depersonalizzazione, isolamento e ridefinizione dell'identità individuale, con ripercussioni significative sul piano psicologico, sociale e relazionale. Il carcere, in quanto istituzione chiusa e rigidamente strutturata, determina un distacco forzato dalle reti di sostegno esterne e impone la necessità di adattarsi a regole, ruoli e norme spesso percepiti come alienanti o oppressivi. Questo contesto favorisce l'emergere di sindromi carcerarie e comportamenti adattativi specifici, nonché di fenomeni di autolesionismo non suicidario, che assumono una rilevanza significativa nella comprensione della vita psichica dei detenuti.

L'analisi dei modelli teorici di importazione e deprivazione permette di comprendere come l'adattamento carcerario sia il risultato dell'interazione tra caratteristiche personali e condizioni istituzionali. Il modello di importazione evidenzia l'influenza di tratti di personalità, esperienze pregresse, reti sociali, genere, etnia e storia criminologica sulla modalità di adattamento al carcere. Il modello di deprivazione, invece, mostra come le restrizioni e le privazioni imposte dall'ambiente carcerario possano generare comportamenti adattativi specifici, indipendentemente dalle differenze individuali. La letteratura contemporanea indica che entrambe le prospettive coesistono e interagiscono, soprattutto quando si considera l'esperienza dei gruppi minoritari o di coloro che si discostano dal profilo del detenuto "tipico" per cui le carceri sono state storicamente progettate. L'approccio intersezionale permette di evidenziare come

le oppressioni preesistenti, legate a genere, razza, classe e altre caratteristiche, si combinino con le deprivazioni istituzionali, creando un effetto cumulativo di svantaggio e sofferenza.

L'analisi statistica dei dati italiani conferma la crescente diffusione dell'autolesionismo nelle carceri, evidenziando una correlazione con il sovraffollamento e, in alcuni casi, con la presenza significativa di detenuti stranieri. La distribuzione spaziale e la frequenza degli atti autolesivi suggeriscono che le condizioni strutturali, la densità della popolazione e la composizione demografica dell'istituto rappresentino fattori determinanti nella gestione del fenomeno.

In sintesi, il carcere si configura come un contesto complesso e multifattoriale, in cui l'interazione tra caratteristiche individuali, condizioni istituzionali, dinamiche sociali interne e fattori di vulnerabilità produce effetti profondi sulla salute mentale, sul comportamento e sull'adattamento dei detenuti. Solo una prospettiva integrata, che tenga conto dell'intersezione tra vulnerabilità individuali, disuguaglianze sociali e condizioni detentive, consente di interpretare in maniera accurata le esperienze dei detenuti e di elaborare strategie capaci di ridurre la sofferenza, promuovere il benessere psicologico e supportare processi di reintegrazione sociale.

E' fondamentale che vi sia una stretta collaborazione tra tutte le figure professionali coinvolte nel contesto penitenziario, dal personale sanitario e psicologico agli agenti di custodia e agli operatori di riferimento. La combinazione di valutazione del rischio precoce, accoglienza mirata dei nuovi ingressi, strumenti standardizzati di screening, programmi terapeutici strutturati e costruzione di relazioni terapeutiche solide costituisce un modello efficace per ridurre la frequenza e la gravità dei comportamenti autolesivi. La centralità della personalizzazione degli interventi, la collaborazione tra professionisti di diversa

formazione e la formazione del personale rappresentano fattori chiave per migliorare la qualità dell'assistenza, promuovere la sicurezza all'interno delle strutture e favorire il reinserimento sociale dei detenuti.

Bibliografia

Akers R. L., Hayner N. S., Gruninger W. (1977). Prisonization in five countries: Type of prison and inmate characteristics. *Criminology*, 14(4), 527–554. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1977.tb00042.x> tratto da Kelly-Corless, L., & McCarthy, H. (2024). Moving Beyond the Impasse: Importation, Deprivation, and Difference in Prisons. *The Prison Journal*, 105(1), 62-83. <https://doi.org/10.1177/00328855241292791>.

Albach, F., & Everaerd, W. (1992). Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57(4), 143-151 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), APA Press, Washington (DC).

American Psychiatric Association, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), APA Press, Washington (DC).

American Psychiatric Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR), APA Press, Washington (DC).

American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), APA Press, Washington (DC).

American Psychiatric Association, 2022, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-5-TR), APA Press, Washington (DC).

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G. & Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 581-591. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.581> tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058> e tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Arnsten, A. F. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6):410-422. <https://doi.org/10.1038/nrn2648> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>.

Bagley, C., & Tremblay, P. (1997). Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males. *Crisis*, 18(1), 24-34 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for

Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Bai, Y. J., Guo, Q., Hu, H., et al. (2024). Research progress on HPA axis dysfunction and non-suicidal self-injury in adolescent depression. *Journal of Neuroscience and Mental Health*, 24(12), 858-862 tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Bennum, I. (1983). Depression and hostility in self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13, 71-84 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury: Key Directions for Future Research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>.

Borrill, J., Burnett, R., Atkins, R., Miller, S., Briggs, D., Weaver, T., & Maden, A. (2003). Patterns of self-harm and attempted suicide among white and black/mixed race female prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 229–240. <https://doi.org/10.1002/cbm.549> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations:

A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Borrill, J., Snow, L., Medlicott, R.T., & Paton, J. (2003). Learning from 'Near Misses': Interviews with Women who Survived an Incident of Severe Self-Harm in Prison. *The Howard Journal*, 44(1), 57-69 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458> .

Borrill, J., Snow, L., Medlicott, D., Teers, R., & Paton, J. (2005). Learning from 'near misses': Interviews with women who survived an incident of severe self-harm in prison. *The Howard Journal*, 44, 57–69. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2005.00355.x> *tratto da* Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Bresin, K. & Gordon, K. H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neuroscience Biobehavior Reviews*, 37(3), 374-383. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.020> *tratto da* Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of*

Orthopsychiatry, 68, 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Bresin K. & Schoenleber M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>.

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 36, 313–322. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.313> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198–202. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198> tratto da Nock, M. K., & Prinstein,

M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885> e tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Brown, R. C. & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Carli, V., Jovanovic, N., Podlesek, A., Rihmer, Z., Maggi, S., ' Marusic D., ... Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in selfmutilators, suicide ideators and suicide attempters-A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of Affective Disorders*, 123, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.119> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Carranza, A. B., Wallis, C. R. D., Jonnson, M. R., Klonsky, E. D. & Walsh, Z. (2020). Nonsuicidal self-injury and intimate partner violence: directionality of violence and motives for self-injury. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3-4). <https://doi.org/10.1177/0886260520922372> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 37, 543–552. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.543>
- tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-injury: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371–394
- tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.
- Chen, S., Xu, Z., Guo, Z., Lin, S., Zhang, H., Liang, Q., Chen, Q., et al. (2025). Glymphatic dysfunction associated with cortisol dysregulation in major depressive disorder. *Translational psychiatry*, 15(1):265. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03486-1>
- tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.
- Chen, Y. L. & Yan, W.S. (2022). Neurobiological mechanisms and research progress of non-suicidal self-injury behavior. *China Journal of Health Psychology*, 30(04), 635-640
- tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Chowanec, G. D., Josephson, A. M., Coleman, C., & Davis, H. (1991). Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 202-207 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Chu, J. A., 1998, *Trauma and Suicide*. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Clemmer D., 1941, *The Prison Community*, citato in De Risio, A., Lai, F., & Salvaneli G., 2019, *Manuale per l'intervento psicologico in ambito penitenziario. Modelli teorici e prassi operative*, Alpes Italia, Roma.

Coid, J., Wilkins, J., Coid, B., & Everitt, B. (1992). Self-mutilation in female remanded prisoners II. A cluster analytic approach towards identification of a behavioural syndrome. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 1–14 tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Crewe B., Hulley S., Wright S. (2017). The gendered pains of life imprisonment. *British Journal of Criminology*, 57(6), 1359–1378. <https://doi.org/10.1093/bjc/azw088> tratto da Kelly-Corless, L., & McCarthy, H. (2024). Moving Beyond the Impasse: Importation, Deprivation, and Difference in Prisons. *The Prison Journal*, 105(1), 62-83. <https://doi.org/10.1177/00328855241292791>.

Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A. Ş., Renshaw, S., Landau, S. & Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(7), 1345-1358. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000027> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

De Risio, A., Lai, F., & Salvanelli G., 2019, *Manuale per l'intervento psicologico in ambito penitenziario. Modelli teorici e prassi operative*, Alpes Italia, Roma.

Dear, G.E., Borrill, J., Kirchner, T., Forns, M., Daigle, M., & Biggam, F.H. (2006). Enhancing prisoners' coping skills. In G.E. Dear (Ed.), *Preventing suicide and other self-harm in prison* (pp. 131-142). New York: Palgrave MacMillan tratto da Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). *Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments*. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

Denton, E. G., & Álvarez, K. (2024). The Global Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury among Adolescents. *JAMA Network Open*, 7(6), e2415406. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15406>.

Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Dou, Y. N., Liu, Y., Ding, W. Q., Li, Q., Zhou, H., Li, L., Zhao, M. T., et al. (2024). Single-neuron projectome-guided analysis reveals the neural circuit mechanism underlying endogenous opioid antinociception. *National Science Review*, 11(7), nwae195. <https://doi.org/10.1093/nsr/nwae195> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Eccleston, L. & Sorbello, L. (2002). The RUSH program – Real Understanding of Self-Help: A suicide and self-harm prevention initiative within a prison setting. *Australian Psychologist*, 37(3), 237-244 tratto da Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

Favazza, A. R., De Rosear, L. & Conterio, K. (1989). Self mutilation and eating disorders. *Suicide Life-Threatening Behaviour*, 19, 352-361. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb00566.x> tratto da Turner, B.J.,

Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 7(8), 682–691. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5).

Foglia, C., 2015, *Le Sindromi Penitenziarie*. Consultabile sul sito: <https://www.cinziafoglia.it/Images/Sindromi-penitenziarie.pdf> tratto da De Risio, A., Lai, F., & Salvaneli G., 2019, *Manuale per l'intervento psicologico in ambito penitenziario. Modelli teorici e prassi operative*, Alpes Italia, Roma.

Gagnon, N. C., 2009, *Mental Health Screening in Jails*. Burnaby, BC: Department of Psychology-Simon Fraser University tratto da Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., Kitt, T., Forrester, A. & Jones, R. M. A (2022). Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.747202>.

Gao, J. B. (2020). Research progress on repetitive transcranial magnetic stimulation for non-suicidal self-injury in adolescent depression. *China Journal of Health Psychology*, 28(11), 1738-1744 tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Garuti, C. (2012), Fattori di rischio suicidario e autolesivo in un gruppo di detenuti presso il "servizio nuovi giunti" della Casa Circondariale di Ferrara, *Psichiatria e Psicoterapia*, 31(4), 244-267.

Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 496-507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699> tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Goffman E., 1961, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.

Gollust, S. E., Eisenberg, D. & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, 56(5), 491-498. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.491-498> tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238–250. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.238> tratto

da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L. & Tull, M. T. (2014). Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 97-107. <https://doi.org/10.1037/per0000062>
tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Gray, S. G., McGleish, A., MacCulloch, M. J., Hill, C., Timmons, D., & Snowden, R. (2003). Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: A prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 182, 443–451. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.443>
tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Haines, J., Williams, C. L., & Brain, K. L. (1995). The psychopathology of incarcerated self-mutilators. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 514-522
tratto da Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>. e

tratto da Smith, Hayden & Kaminski, Robert. (2010). Inmate Self-Injurious Behaviors: Distinguishing Characteristics Within a Retrospective Study. *Criminal Justice and Behavior* , 37, 81-96.

Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075 <https://doi.org/10.1037/a0014044> tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Hasking, P., Momeni, R., & Swannell, S. (2008). The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of Suicide Research*, 12, 208–218. <https://doi.org/10.1080/13811110802100957> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Heath, N.L., Toste, J.R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An Examination of Nonsuicidal Self-Injury Among College Students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137-156. <https://doi.org/10.17744/mehc.30.2.8p879p3443514678>.

Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*,

31, 451–465. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(97\)00004-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(97)00004-6) tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Hillbrand, M. (1993). Self-injurious behavior in correctional and noncorrectional psychiatric patients. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19, 95-102 tratto da Smith, Hayden & Kaminski, Robert. (2010). Inmate Self-Injurious Behaviors: Distinguishing Characteristics Within a Retrospective Study. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 81-96.

Hillbrand, M., Krystal, J. H., Sharpe, J. S., & Foster, H. G. (1994). Clinical Predictors of Self-Mutilation in Hospitalized Forensic Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(1), 10-13 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Hillbrand, M., Young, J. L., & Krystal, J. H. (1996). Recurrent self-injurious behavior in forensic patients. *Psychiatric Quarterly*, 67, 33–45 tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Huan, Z. S., He, X. B., Du, N., et al. (2023). Research progress on the pathogenesis and treatment of non-suicidal self-injury in adolescents. *Chinese Journal of School Health*, 44(04), 636-640 tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms,

Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Hysing, M., Sivertsen, B., Stormark, K. M. & O'Connor, R. C. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 306-312. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146514> tratto da

Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Joiner, T. E., 2005, *Why People Die By Suicide*, Harvard University Press Cambridge, MA.

Joiner, T. E. J., Rudd, M. D., & Rajab, M. H. (1997). The modified scale for suicidal ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 260-265. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.260> tratto da

Turner, B., Layden, B., Butler, S. & Chapman, A. (2013). How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Archives of Suicide Research*. 17, 397-415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>.

Kang, P. L., Sun, N., Liu, P. H., et al. (2022). Research progress on repetitive transcranial magnetic stimulation for non-suicidal self-injury behavior in adolescent depression. *Journal of Bio-Education*, 10(06), 493-497 tratto da

Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Kelly-Corless, L., & McCarthy, H. (2024). Moving Beyond the Impasse: Importation, Deprivation, and Difference in Prisons. *The Prison Journal*, 105(1), 62-83. <https://doi.org/10.1177/00328855241292791>.

Khazaie, H., Zakiei, A., McCall, W. V., Noori, K., Rostampour, M., Sadeghi Bahmani, D. & Brand, S. (2020). Relationship between sleep problems and self-injury: a systematic review. *Behavioral Sleep Medicine*, 19(5), 689-704. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1822360> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Kirchner, T., Forns, M., & Mohino, S. (2008). Identifying the risk of deliberate self-harm among young prisoners by means of coping typologies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 42–48. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.442> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Kirtley, O. J., O'Carroll, R. E. & O'Connor, R.C. (2016). Pain and selfharm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 203, 347-363. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.068> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034–1039 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for

Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025,

<https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

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

Klonsky, E.D. & Glenn, C.R. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 211-220 tratto da Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513> e tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Kunic, D. & Grant, B. A. (2006). The Computerized Assessment of Substance Abuse (CASA): Results from the Demonstration Project. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Islam, M. A., Steiger, H., Jimenez-Murcia, S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Riesco, N., Menchón, J. M. & Fernández-Aranda, F. (2015). Non-suicidal self-injury in different eating disorder types: relevance of personality traits and gender. *European Eating Disorder Review*, 23(6), 553-560. <https://doi.org/10.1002/erv.2374> *tratto da* Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Iwata, M., Ota, K.T. & Duman, R. S. (2013). The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain, Behavior and Immunity*, 31, 105-114. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.12.008> *tratto da* Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Langbehn, D. R., & Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric patients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 45-51 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Law, K. C., Khazem, L. R., Jin, H. M. & Anestis, M. D. (2017). Non-suicidal self-injury and frequency of suicide attempts: The role of pain persistence. *Journal of Affective Disorder*, 209, 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.028> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Lei, J. L., Hu, L. & Qiu, C.J. (2023). Research progress on the addictive attributes of non-suicidal self-injury behavior in adolescents. *Chinese Journal of Nervous and Mental Diseases*, 49(09), 559-564 tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Levesque, C., Lafontaine, M.-F., Bureau, J.-F., Cloutier, P. & Dandurand, C. (2010). The influence of romantic attachment and intimate partner violence on nonsuicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 474-483. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9471-3> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review

of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25.
<https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Li, H. Z. & Kuang, L. (2021). Research progress on the efficacy of dialectical behavior therapy for non-suicidal self-injury: Evidence from brain functional imaging. *Sichuan Mental Health*, 34(03), 280-284 *tratto da* Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Li, Y. & Kuang, L. (2019). Neurobiological mechanisms of non-suicidal self-injury in adolescents. *Sichuan Mental Health*, 32(04), 371-374 *tratto da* Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Linehan, M., 1993, *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

Liu, Q., Chen, L. J., Wang, M. Y., et al. (2025). Research progress of neuroimaging in adolescent non-suicidal self-injury behavior. *Chinese Journal of CT and MRI*, 23(06), 197-200 *tratto da* Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Liu, R. T.. (2017). Characterizing the course of non-suicidal selfinjury: a cognitive neuroscience perspective. *Neuroscience Biobehavior Reviews*, 80, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.026> *tratto da* Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms,

Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F. L., Sanzari, C. M., Cheek, S. M. & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, 101-783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Loughran, M., & Seewoonarain, K. (2005). Characteristics of need and risk among women prisoners referred to inreach mental health services. *The British Journal of Forensic Practice*, 7, 12–21. <https://doi.org/10.1108/14636646200500017> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Maden, A., Chamberlain, S., & Gunn, J. (2000). Deliberate self-harm in sentenced male prisoners in England and Wales: Some ethnic factors. *Criminal Behavior and Mental Health*, 10, 199–204. <https://doi.org/10.1002/cbm.357> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Mannion, A. (2009). Self-harm in a dangerous and severely personality disordered population. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 322–331. <https://doi.org/10.1080/14789940802377106> tratto da Dixon-Gordon, K.,

Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Martin, M.S., Colman, I., Simpson, A.I. & McKenzie, K. (2013). Mental health screening tools in correctional institutions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-275> tratto da Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., Kitt, T., Forrester, A. & Jones, R. M. A (2022). Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747202>.

Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A., & Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: Case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 219–226. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075424> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K., & Hirayasu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 319-326 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

McCann, R.A., Ball, E.M., & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456 *tratto da* Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

McDonough, D., Taylor, K. & Blanchette, K. (2002). Correctional adaptation of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for federally sentenced women. *FORUM on Corrections Research*, 14(2), 36-39 *tratto da* Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

Mieczkowski, T. A., Sweeney, J. A., Haas, G. L., & Junker, B. W. (1993). Factor composition of the suicide intent scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 37-45. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.lib.sfu.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1993-31906-001&site=ehost-live> *tratto da* Turner, B., Layden, B., Butler, S. & Chapman, A. (2013). How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Archives of Suicide Research*. 17, 397-415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>.

- Milligan, R. J., & Andrews, B. (2005). Suicidal and other selfharming behaviour in offender women: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 13–25. <https://doi.org/10.1348/135532504x15439> tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.
- Monto, M. A., McRee, N., Deryck, F. S. (2018). Nonsuicidal self-injury among a representative sample of US adolescents, 2015. *American Journal of Public Health*, 108(8), 1042-1048 tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.
- Nicholls, T. L., Lee, Z., Corrado, R. R. & Ogloff, J. R. (2004). Women inmates' mental health needs: evidence of the validity of the Jail Screening Assessment Tool (JSAT). *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 167–84. <https://doi.org/10.1080/14999013.2004.10471205> tratto da Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., Kitt, T., Forrester, A. & Jones, R. M. A (2022). Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747202>.
- Nicholls, T. L., Roesch, R., Olley, M. C., Ogloff, J. R. P., & Hemphill, J. F., 2003, *Jail Screening Assessment Tool (JSAT)*, Giunti Organizzazioni Speciali (GOS).
- Nock M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>.

Nock, M.K. & Mendes, W.B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28-38 tratto da Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/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(1) , 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010> tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

O'Brien, M., Mortimer, L., Singleton, N., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales. *International Review of Psychiatry*, 15, 153–157 tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Odelius, C. B. & Ramklint, M. (2014). Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis—a pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(1), 66-71. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775340> tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Ogloff, J. R. (2002). Identifying and accommodating the needs of mentally ill people in gaols and prisons. *Psychiatry Psychology and Law*, 9, 1–33. <https://doi.org/10.1375/pplt.2002.9.1.1> tratto da Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., Kitt, T., Forrester, A. & Jones, R. M. A (2022). Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.747202>.

Osuch, E. A., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric patients. *Psychiatry*, 62, 334–346 tratto da Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>.

Pérez, S., Marco, J. H. & Cañabate, M. (2018). Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: prevalence, forms, functions, and body image correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.003> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Pompili, M., 2022, *Il rischio suicidio. Valutazione e gestione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Power, J., Smith, H. P., & Beaudette, J. N. (2016). Examining Nock and Prinstein's four-function model with offenders who self-injure. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 309–314. <https://doi.org/10.1037/per0000177>.

Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., Cheah, C. S. L., & Spirito, A. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 92–103 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Richardson, E., DePue, M. K., Therriault, D. J. & Alli, S. (2020). The influence of substance use on engagement in non-suicidal self-injury (NSI) in adults. *Substance Use & Misuse*, 55(1), 89-94. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1656254> *tratto da* Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Roe-Sepowitz, D. (2007). Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 312-321 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025,

<https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Rossi Monti, M. & D'Agostino, A., 2009, *L'autolesionismo*, Carocci Editore, Roma.

Sakellidis, E. I., Papadodima, S. A., Sergeantanis, T. N., Giotakos, O., & Spiliopoulou, C. A. (2010). Self-injurious behavior among Greek male prisoners: Prevalence and risk factors. *European Psychiatry: The Journal of Association of European Psychiatrists*, 25, 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.014> *tratto da* Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Salina, D. D., Lesondak, L. M., Razzano, L. A., & Weilbaecher, A. (2007). Co-Occurring mental disorders among incarcerated women: preliminary findings from an integrated health treatment study. *Mental Health Issues in the Criminal Justice System*, 207-225 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025,

<https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Sarteschi P, 1989, *La sindrome di Ganser*, citato in De Risio, A., Lai, F., & Salvaneli G., 2019, *Manuale per l'intervento psicologico in ambito penitenziario. Modelli teorici e prassi operative*, Alpes Italia, Roma.

Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K. & Joiner, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 167-175 <https://doi.org/10.1037/a0024405> tratto da Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 46–55 tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 524–526 tratto da Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>.

Shelton, D., Bailey, C. & Banfi, V. (2017). Effective Interventions for Self-Harming Behaviors and Suicide within the Detained Offender Population: A

Systematic Review. *Journal for Evidence-based Practice in Correctional Health*, 1(2). <https://digitalcommons.lib.uconn.edu/jepch/vol1/iss2/3>.

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 *tratto da* Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513> e *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., Kitt, T., Forrester, A. & Jones, R. M. A (2022). Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747202>.

Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C., & Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 541-546 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458> .

Steer, R. A., Rissmiller, D. J., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1993). Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*,

31(2), 229-236. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90090-H](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90090-H) tratto da Turner, B., Layden, B., Butler, S. & Chapman, A. (2013). How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Archives of Suicide Research*. 17, 397-415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>.

Sun, Q., Li, Y. L., Ye, L. X., et al. (2023). Research progress on risk factors and pathogenesis of non-suicidal self-injury in adolescents. *New Medicine*, 54(01), 17-21 tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Sykes G. M. (1958). *The society of captives: A study of a maximum security prison*. citato in Kelly-Corless, L., & McCarthy, H. (2024). Moving Beyond the Impasse: Importation, Deprivation, and Difference in Prisons. *The Prison Journal*, 105(1), 62-83. <https://doi.org/10.1177/00328855241292791>.

Smith, Hayden & Kaminski, Robert. (2010). Inmate Self-Injurious Behaviors: Distinguishing Characteristics Within a Retrospective Study. *Criminal Justice and Behavior* , 37, 81-96. <https://doi.org/10.1177/0093854809348474>.

Smith, H. P., & Kaminski, R. J. (2011). Self-injurious behaviors in state prisons: Findings from a national survey. *Criminal Justice and Behavior*, 38(1), 26-41. <https://doi.org/10.1177/0093854810385886>.

Tien, G., Ogloff, J., Roesch, R., Wilson, D., Grant, F. & Mah, B. (1993) *Surrey Pretrial Mental Health Project: Evaluation Report for the Management Committee*. Vancouver, BC: British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission tratto da Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., Kitt, T., Forrester, A. & Jones, R. M. A (2022).

Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.747202>.

Turner, B., Layden, B., Butler, S. & Chapman, A. (2013). How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Archives of Suicide Research*. 17, 397-415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>.

Turner, B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., Rodriguez, M.A., Zachary, Rosenthal, M. & Chapman, A.L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>.

Vaughn M. G., Salas-Wright, C. P., DeLisi, M. & Larson, M. (2015). Deliberate self-harm and the nexus of violence, victimization, and mental health problems in the United States. *Psychiatry Research*, 225(3), 588-595. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.041> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Vieira, A. I., Machado, B. C., Machado, P. P. P., Brandão, I., Roma-Torres, A., Gonçalves, S. (2017). Putative risk factors for non-suicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 25(6), 544-550. <https://doi.org/10.1002/erv.2545> tratto da Kothadia, R., Joshi, K., Frierson, R. (2022). Risks factors for nonsuicidal self-injury: A review of the evidence. *Current Psychiatry*, 21(8), 15-25. <https://doi.org/10.12788/cp.0251>.

Walsh, B.W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press tratto da Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment,

Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

Walsh, B. W. & Rosen, P. M. (1988) *Self-Mutilation: Theory Research and Treatment*. New York: Guildford Press *tratto da* Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.

Weaver, T. L., Cahrd, K. M., Mechanic, M. B., & Etzel, J. C. (2004). Self-Injurious behaviors, PTSD arousal, and general health complaints within a treatment-seeking sample of sexually abused women. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(5), 558-575 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 39-44 *tratto da* Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo

<https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Welch, S. S., & Linehan, M. M. (2002). High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 561–569. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.6.561.22141>

tratto da Dixon-Gordon, K., Harrison, N. & Roesch, R. (2012). Non-Suicidal Self-Injury Within Offender Populations: A Systematic Review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.

Westlund Schreiner, M., Klimes-Dougan, B., Mueller, B. A., Eberly, L. E., Reigstad, K. M., Carstedt, P. A., Thomas, K. M., et al. (2017) Multi-modal neuroimaging of adolescents with nonsuicidal self-injury: Amygdala functional connectivity. *Journal of Affective Disorders*, 221, 47-55

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.004> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Wichmann, C., Serin, R., & Abracen, J. (2002). Women offenders who engage in self-harm: A comparative investigation. Retrieved February 29, 2009, from <http://nicic.org> tratto da Smith, Hayden & Kaminski, Robert. (2010). Inmate Self-Injurious Behaviors: Distinguishing Characteristics Within a Retrospective Study. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 81-96.

Wincewicz, K., Sapota-Zaręba, K. & Nasierowski, T. (2022). Ganser syndrome – a dissociative disorder or a factitious disorder? A case report. *Psychiatria Polska*, 56(1), 63-75. <https://doi.org/10.12740/PP/129012>.

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *The American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495-501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>.

World Health Organization, 2019, *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/>.

Yan, R., Huang, Y., Shi, J., Zou, H., Wang, X., Xia, Y., Zhao, S., et al. (2022). Alterations of regional spontaneous neuronal activity and corresponding brain circuits related to non-suicidal self-injury in young adults with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 305, 8-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.040> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Yao, K.K., Si, X. Y. & Ye, L. X. (2023). Research progress on electrophysiology related to neurocognitive function in adolescents with non-suicidal self-injury. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 25(06), 653-657 tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Young, M.H., Justice, J.V., & Erdberg, P. (2006). Risk of harm: Inmates who harm themselves while in prison psychiatric treatment. *Journal of Forensic Science*, 51(1), 156-162 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious

Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Zhou, J., Hu, S., Wu, H., Wang, S. & Gong, J. (2025). From thoughts to actions: a longitudinal examination of NSSI risk factors in adolescence. *Psychology Research and Behavior Management*, 18, 1915-1930. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S545595> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(5), 296-301 tratto da Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Zorn, J. V., Schur, R. R., Boks, M. P., Kahn, R.S., Joels, M. & Vinkers, C. H. (2017). Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 25-36

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.036> tratto da Zeng, Y. Y., Saeed, S. & Hu, S.H. (2025). Non-Suicidal Self-Injury: Pain Addiction Mechanisms, Neurophysiological Signatures, and Therapeutic Advances. *Journal of Clinical Medicine Research*, 17(10), 537-549. <https://doi.org/10.14740/jocmr6332>.

Sitografia

Associazione Antigone (2025). <https://www.rapportoantigone.it/ventunesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/autolesionismo-in-carcere/>

Power, J. & Brown, S. L. (2009). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 24 dicembre 2025, <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/report/216-full-report.html#Toc255553458>.

Usher, A., Power, J. & Wilton, G. (2010). Assessment, Intervention, and Prevention of Self-Injurious Behaviour in Correctional Environments. Ottawa: Correctional Service of Canada. Ultimo accesso: 22 dicembre 2025, https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/glance/220-full-report.html#_Toc276130077.