

Dott. PAOLO COZZAGLIO
Area Psichiatrica FBF

AUTOLESIVITÀ

KINTSUGI



Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis



Richard T Liu, Katie M Scopelliti, Sarah K Pittman, Alejandra S Zamora

Summary

L'autolesionismo non suicidario è sempre più riconosciuto come un problema di salute pubblica

2018;

particularly early detection of at-risk individuals. We aimed to examine childhood maltreatment, including its specific subtypes, in relation to non-suicidal self-injury.

Methods We did a comprehensive meta-analysis of childhood maltreatment (overall, sexual abuse, physical abuse and neglect, and emotional abuse and neglect) in association with non-suicidal self-injury. We also provided a qualitative review of mediators and moderators of this association. We identified relevant articles published from inception to Sept 25, 2017, through a systematic search of Embase, MEDLINE, and PsycINFO. We extracted continuous and categorical data and assessed for potential moderators using ten study characteristics. We generated random-effects models for analysis and evaluated for publication bias.

Findings We identified 71 publications that met eligibility criteria. Overall childhood maltreatment was associated with non-suicidal self-injury (odds ratio 3.42, 95% CI 2.74–4.26), and effect sizes for maltreatment subtypes ranged from 1.84 (1.45–2.34) for childhood emotional neglect to 3.03 (2.56–3.54) for childhood emotional abuse. Publication bias was not evident, except in the case of childhood emotional neglect. Across multiple maltreatment subtypes, we found stronger associations with non-suicidal self-injury in non-clinical samples.

Con l'eccezione del misconoscimento emozionale dell'infanzia, il maltrattamento nel bambino e i suoi sottotipi è associato con l'autolesionismo non suicidario.

abuse is warranted.

Published Online
November 28, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)

See [Comment](#) page 5

Department of Psychiatry and Human Behavior (R T Liu PhD, K M Scopelliti BA) and Department of Emergency Medicine (S K Pittman BA), Alpert Medical School of Brown University; and Department of Cognitive, Linguistic, and Psychological Sciences, Brown University, Providence, RI, USA (A S Zamora)

Correspondence to:
Dr Richard T Liu, Department of Psychiatry and Human Behavior, Alpert Medical School of Brown University, Bradley Hospital, Providence, RI 02915, USA
rlu1@brown.edu

autolesionismo



L'autolesività e l'automutilazione sono acting impulsivi che riguardano il corpo e hanno un significato psichico.

L'intenzione che la promuove non è una vera e propria intenzione autolesionistica di farsi del male, quanto quella di "recuperarsi" somaticamente e psichicamente.

I tagli, le bruciature, le percosse, le mutilazioni, i traumi osteomuscolari sono tutti modi estremi per sentire il proprio corpo attraverso il *dolore*.

autolesionismo



Più che un *dolore* è *un'assenza*, situazione ancora più intollerabile del dolore per il soggetto borderline che la vive.

L'uscita dall'assenza avviene il *dolore fisico*, inizialmente sordo, che quando riesce a divenire acuto "risveglia" la consapevolezza dell'io a sé stesso.

Il bisogno di sentire il proprio corpo per percepirsi e sentirsi vivi è alla base anche di altri comportamenti: tatuaggi, piercing, la ricerca di intense sensazioni sessuali, l'uso di droghe stimolanti.

Autolesionismo: strategie



Strategie pratiche per imparare a modulare l'angoscia di annichilamento e tollerare la sofferenza mentale:

- stringere in mano dei cubetti di ghiaccio
- provocarsi pizzicotti rilasciando un elastico sui polsi o in altre parti sensibili del corpo
- tecniche di mindfulness
- contenimento corporeo del paziente, tenendogli la mano
- attività fisica (camminare, sport)
- tecniche espressive quali la scrittura, la musica e il disegno

Autolesionismo: strategie



Dopo la crisi acuta è bene aiutare il paziente ad usare la sua funzione riflessiva:

- sentire che nel vuoto e nella noia c'è uno stato emotivo doloroso che si dice in sentimenti penosi specifici
- e uno stato di sofferenza psichica è un problema per cui si può fare qualcosa
- individuare i pensieri, i sentimenti e le emozioni che hanno preceduto l'atto autolesivo
- allargare i sentimenti penosi al contesto interpersonale, cercando di individuare le disconferme emotive che il paziente ha vissuto

Autolesionismo: strategie



Per elaborare questi passaggi e aiutare il paziente a controllare i gesti autolesivi è altrettanto importante usare la funzione riflessiva sui propri vissuti controtransferali: drammatizzare eccessivamente i tagli senza comprendere la loro finalità non è utile

«Tollerare» l'autolesionismo se questa è una strategia di controllo di agiti più gravi

L'autolesionismo di per sé non richiede ospedalizzazione, ma è importante negoziare strategie di controllo con il paziente

Autolesionismo e suicidio



Un tentativo di *suicidio* è un evento che mette a rischio la vita, a prescindere dalla motivazione conscia del paziente (Fonagy)

Il movente del gesto suicidario è in genere il *sentimento di inevitabile e imminente abbandono* collegato al sentimento di *rottura della relazione* e non la sensazione di vuoto e di noia come nell'autolesività

L'attenzione è sulla *perdita*, vera, minacciata o presunta, dell'altro anziché di sé stesso

**GRAZIE
DELL'ATTENZIONE !**