

D'Agostino Alessandra, Rossi Monti Mario

*Clinica del corporeo ovvero psicopatologia della contemporaneità*

*Abstract*

Il corpo che oggi la cultura, la psicopatologia, la vita quotidiana mostrano è un corpo che ha perso il senso profondo dell'intimità con il sé per ridursi a personaggio in scena alla ricerca di autore, superficie dove inscrivere dinamiche identitarie profonde, campo di battaglia di vicende psichiche tutte proiettate fuori, sulla pelle. Questo saggio si pone all'interno di tale prospettiva contemporanea, come tentativo di comprensione delle più estreme esperienze del corpo messe in atto oggi. In particolare, si discutono diversi fenomeni d'attualità, quali: l'esperienza del dolore fisico nel disturbo borderline di personalità; il *selfie-harm* e le nuove condotte a rischio in adolescenza; il fenomeno quasi del tutto sconosciuto del *cutting* nello sport agonistico; l'ortoressia e l'ossessione per il cibo "pulito"; l'abuso di chirurgia estetica e relative perturbazioni di genere. Obiettivo finale è proporre una possibile chiave di lettura – gli "organizzatori di senso" – che possa proporsi come bussola orientativa in un territorio non facile da percorrere.

The body shown today by culture, psychopathology, and daily life has lost the deep meaning of the intimacy with the self to become a character on stage in search for author, a surface where to write down identitary dynamics, a battlefield of psychic events, all projected outward, on the skin. The essay arises from this contemporary perspective as an attempt to understand the most extreme experiences of the body, acted today. In particular, several, current phenomena will be discussed, such as: the experience of pain in the borderline personality disorder; selfie-harm and the new risky behaviors in adolescence; the almost unknown phenomenon of cutting among elite athletes; orthorexia and the obsession for the "clean" food; the abuse of aesthetic surgery and related gender disturbances. The final objective is to propose a possible key – the "meaning-organizers" – that could act as compass to orient in a territory not easy to go.

*Parole chiave:* esperienza corporea, psicopatologia borderline, adolescenza, sport agonistico, chirurgia estetica

*Keywords:* bodily experience, borderline psychopathology, adolescence, elite athletes, cosmetic surgery

### *Il corpo nell'età dell'estimità*

Qualche tempo fa Zygmunt Bauman<sup>1</sup> (2011) pubblicava un suo articolo dal titolo *La fine dell'intimità nell'era di Facebook*. All'interno dello scritto, l'autore analizzava da un punto di vista filosofico e sociologico l'entrata in scena di Facebook e sottolineava come il social network avesse distaccato di molto ogni altra novità e moda passeggera legata a Internet, battendo tutti i record di crescita del numero degli utenti regolari. Un successo planetario, che Bauman (2011) spiega nei termini di un passaggio, in epoca contemporanea, dall'*intimité* all'*extimité*, cioè dall'intimità a ciò che egli chiama «estimità»<sup>2</sup>. In parole semplici, secondo l'autore, viviamo in una società che sembra aver eliminato il confine che un tempo divideva pubblico da privato, e aver reso l'esposizione pubblica del privato una virtù o addirittura un *diktat* e cancellato dalla comunicazione pubblica qualunque cosa opponga resistenza alla riduzione della vita a confidenza privata. In altri termini, non amiamo più avere segreti, a meno che non si tratti di quella tipologia di segreti capace di attirare l'attenzione dei ricercatori, degli autori dei talk-show televisivi, delle prime pagine dei tabloid e delle copertine delle riviste patinate (*ibid.*).

In questa dinamica postmoderna il corpo sembra essere coinvolto a pieno. Basti pensare alla mostra *Body worlds* presentata in più di 100 città del mondo tra il 1995 e il 2015 e che ha raggiunto in questo arco di tempo oltre 40 milioni di visitatori, dimostrandosi l'esposizione itinerante più visitata a livello internazionale. La mostra, ideata dall'anatomopatologo tedesco Gunter von Hagens, inventore della tecnica della plastinazione<sup>3</sup> presso l'Università di Heidelberg, aveva l'obiettivo di far entrare il

---

<sup>1</sup> Zygmunt Bauman (nato nel 1925) è un filosofo e sociologo polacco di origini ebraiche. Uno dei suoi concetti più noti è quello di «società liquida», intendendo con esso l'assenza di qualsiasi riferimento «solido» per l'uomo postmoderno. Per un approfondimento di questi concetti, si veda il testo di Bauman (2000).

<sup>2</sup> Il concetto di «estimità» viene ripreso dallo psichiatra e psicoanalista Serge Tisseron (2008) che lo spiega nei termini del desiderio contemporaneo di una messa in scena della propria intimità in televisione.

<sup>3</sup> La plastinazione è una tecnica che permette la conservazione del corpo umano tramite la sostituzione dei liquidi con polimeri di silicone.

visitatore “nel vero mondo del corpo umano”, mostrando corpi umani plastinati<sup>4</sup>, spogliati della pelle e sistemati in pose teatrali che simulano quelle tipiche della vita quotidiana. Tutto è fuori: muscoli, ossa, vene, arterie, organi e tessuti sani o alterati da processi patologici. Talmente “fuori” che la Curia bolognese ha giudicato la mostra – al momento della sua presentazione a Bologna nel 2014 – come una violenza contro il pudore, una vera e propria pornografia. Non entriamo nel dettaglio della diatriba relativa alla correttezza o meno di presentare una mostra del genere perché non ci compete e in fondo non ci interessa neppure.

Ciò che però ci interessa qui sottolineare è che la mostra segnala, senza dubbio, come la concezione – fisica, sociale, psicologica e culturale – del corpo sia approdata a frontiere nuove, estreme. Si tratta in verità di quel processo che Angela Vettese (2003) considera già iniziato sin dal XX secolo, quando una nuova definizione dell’individuo come soggetto principale del vivere comune comincia a farsi strada insieme a un concetto politico di democrazia rappresentativa e al sistema economico liberista. Sono gli anni dominati anche dalle teorie sull’inconscio di Freud che pongono in luce elementi prima nascosti della condizione umana, come escrementi, orifizi e angoli sporchi della vita, costringendo la società dell’epoca a ripensare in modo profondo il rapporto con la corporeità, propria e altrui. In sostanza, quello che avviene è ciò che l’autrice definisce come il passaggio «dal corpo chiuso al corpo diffuso, ovvero dalla corporeità stretta in codici di comportamento, abbigliamento, atteggiamento, teso a negare la fisicità, fino a una corporeità che si libera, si manifesta, si diffonde attraverso protesi tecnologiche e relazioni personali intensificate» (*ivi*, p. 191).

Sono passati più di dieci anni da quando Vettese scrive queste parole. Eppure le cose sembrano continuare ad andare nella medesima direzione del “tutto fuori”. Il corpo che oggi la cultura, la psicopatologia, la vita quotidiana mostrano è un corpo che ha perso il senso profondo dell’intimità con il sé<sup>5</sup> per ridursi a personaggio in scena alla ricerca di autore, superficie dove inscrivere dinamiche identitarie profonde, campo di battaglia di vicende psichiche tutte proiettate fuori, sulla pelle. Già in precedenza (Rossi Monti & D’Agostino, 2009; D’Agostino, 2012) abbiamo scritto a proposito di ciò in un’indagine su fenomeni contemporanei complessi, quali l’autolesionismo nel disturbo borderline di personalità, le modificazioni corporee in adolescenza (tatuaggio e piercing) e le forme

<sup>4</sup> Si tratta di cadaveri di persone che hanno scelto di donare il loro corpo all’Istituto per la plastinazione di Heidelberg e accettato di essere esposti al mondo dopo il decesso e l’intervento di plastinazione.

<sup>5</sup> Eugène Minkowski (1966), uno dei più grandi psicopatologi del Novecento, ha descritto il «senso di intimità dell’Io» come quel senso di tacita sicurezza che fa da sfondo implicito alla vita mentale: una sorta di sentimento di appartenenza pre-riflessiva dei propri atti psichici.

estreme di Body Art. Questo scritto si pone come prosecuzione di tale indagine, nel tentativo di raccogliere insieme le ultime, estreme, esperienze del corpo contemporaneo, e di proporre da ultimo una possibile cornice di comprensione nella forma di sei “organizzatori di senso”. Muovendoci tra dati di ricerca e stralci di vita, tra generale e particolare, analizzeremo fenomeni molto diversi tra loro in una prospettiva allargata che non intende alzare muri di cinta o definire confini netti, quanto piuttosto provare a intessere le trame sottili di una rete di fondo comune, che scivola ben al di là della mera distinzione tra normalità e patologia.

*Il “paradosso del dolore” nel disturbo borderline di personalità*

Quando si parla di corpo come schermo su cui sono proiettate dinamiche identitarie profonde, il primo pensiero va inevitabilmente al disturbo borderline di personalità (BPD). L’esperienza che il paziente borderline fa del proprio corpo è molto complessa, così come complessa è l’esplorazione della sua psicopatologia. In particolare, un processo controverso sembra interessare la percezione del dolore fisico che questo genere di pazienti ha. Se da un lato, infatti, i pazienti borderline sembrano essere immuni al dolore acuto durante atti di autolesionismo non-suicidario (NSSI)<sup>6</sup>, dall’altro, esperienze cliniche e dati empirici sembrano dirci l’esatto contrario, cioè che i pazienti BPD sono più sensibili al dolore fisico rispetto a individui che non presentano tale disturbo di personalità. Per questo, Sansone e Sansone (2007) parlano di un vero e proprio «paradosso del dolore» nel disturbo borderline di personalità. Come spiegare questo fenomeno?

Proviamo a osservarlo più da vicino. C’è da dire innanzitutto che l’autolesionismo è un fenomeno particolarmente diffuso nel BPD. Ricerche recenti indicano che una larga percentuale di pazienti borderline mette in atto condotte di questo tipo<sup>7</sup> (Gunderson & Links, 2008). La forma più comune di NSSI è il *cutting*, ma anche il procurarsi lividi, il bruciarsi, lo sbattere la testa e il mordersi sembrano essere relativamente frequenti (Gunderson, Ridolfi, 2001). Al di là di questi numeri sconcertanti, comunque, a colpire di più è un altro dato, un po’ più nascosto: più della metà dei soggetti borderline che mettono in atto condotte autolesive riporta un’attenuazione della percezione del dolore o

---

<sup>6</sup> L’autolesionismo non-suicidario (NSSI, Non Suicidal Self-Injury) è presente nel DSM-5 (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 2013) all’interno della sezione III, tra le condizioni che necessitano di ulteriori studi.

<sup>7</sup> Il 70-75% ca.

una totale analgesia durante tali condotte<sup>8</sup> (Bohus *et al.*, 2000; Pavony & Lenzenweger, 2014). I clinici comprenderanno sicuramente quello che stiamo dicendo. Molti pazienti che si tagliano, infatti, riportano di “non sentire nulla”, come se fossero apparentemente immuni all’esperienza corporea che stanno vivendo e al riconoscimento del danno tissutale – cioè del dolore (Sansone & Sansone, 2007).

Diverse ipotesi sono state avanzate per tentare di spiegare questo fenomeno. Giusto per nominarne qualcuna, Van der Kolk *et al.* (1989) suppongono che durante l’atto di autolesionismo si verifichi il rilascio di oppioidi endogeni. Russ *et al.* (1999) ipotizzano alterazioni di carattere neurofisiologico, come un incremento significativo nell’attività delle onde theta<sup>9</sup> visibile durante la somministrazione dei test di laboratorio. McCown *et al.* (1993) vedono l’analgesia come una risposta automatica allo stress, cioè un fenomeno di soppressione del dolore su esposizione a stimoli stressanti condizionati o incondizionati. Bohus *et al.* (2000) propongono un processo di reinterpretazione del dolore a livello psicologico, mediato da meccanismi dissociativi. Ludäscher *et al.* (2010) sembrano confermare questa ipotesi aggiungendo che l’analgesia può essere un marker somatico di stati dissociativi e che la percezione del dolore è minore durante stati di tensione avversiva intensa rispetto a condizioni di base.

Nonostante ciò, però, la questione del dolore nel disturbo borderline di personalità resta poco chiara. Soprattutto se si guarda da una prospettiva diversa rispetto a quella dell’autolesionismo non-suicidario. Allora sembra emergere dell’altro: alcuni pazienti con BPD appaiono non più insensibili ma piuttosto ipersensibili al dolore, come accennavamo all’inizio di questo paragrafo. In particolare, osservazioni cliniche indicano una difficoltà dei pazienti borderline nel sopportare un dolore prolungato o una loro minore tolleranza del disagio rispetto ad altri individui (Harper, 2004). In più, dati empirici mostrano sia un’alta percentuale di BPD tra i pazienti con sindrome da dolore cronico<sup>10</sup> (Tragesser *et al.*, 2010) sia una prevalenza di abuso o dipendenza da oppioidi tra gli individui con BPD (Frankenburg & Zanarini, 2004). Come si spiega questo secondo fenomeno? In questo caso, sono state avanzate ancor meno ipotesi. Sansone e Sansone (2007) suggeriscono che si tratti essenzialmente di un problema di autoregolazione che prende la forma di una difficoltà a modulare il dolore, tale che il

---

<sup>8</sup> Il 60% ca.

<sup>9</sup> Le onde theta giocano un ruolo essenziale nella modulazione degli stati meditativi e del focus attentivo così come nella suscettibilità ipnotica.

<sup>10</sup> Il 30-50% ca. Il dolore cronico è definito come un dolore che dura almeno 3 mesi e che permane oltre il tempo normale di guarigione (Bonica, 1953).

paziente esperisce il dolore in modo eccessivo, appare intollerante e/o portato a usare un eccesso di analgesici per controllare il dolore (*ivi*, p. 43).

Dunque, da che parte sta la verità? I pazienti borderline sentono o non sentono il dolore? Entrambe le strade sembrano essere percorribili. E il tutto potrebbe essere spiegato in base alla qualità dell'esperienza del dolore. Secondo Sansone e Sansone (2007), infatti, quando il dolore è auto-inflitto (per esempio, nel caso dell'autolesionismo non-suicidario), controllato dal soggetto, di breve durata, esso può essere tollerato e accompagnato da meccanismi psicologici che rendono possibile la tolleranza del dolore, come la dissociazione; viceversa, quando il dolore è endogeno, fuori controllo, continuo, esso non può essere tollerato. In altre parole, il paziente borderline sembra avere una specifica incapacità di modulare, controllare e gestire la propria esperienza del dolore. Inoltre, questa incapacità sembra essere mediata da diversi fattori, tra cui: comorbidità con disturbi dell'umore e d'ansia, storia di traumi infantili e dinamiche interpersonali in cui l'elicitazione di risposte di cura attraverso il sintomo è sovrana. Di recente, Carpenter e Trull (2015) hanno provato a studiare empiricamente questa controversa anomalia nel BPD, esaminando il dolore sia cronico che acuto in un unico campione di soggetti. I loro risultati sembrano confermare la presenza di un "paradosso del dolore" nel BPD.

Ma tutto questo non è forse ricollegabile alle complesse dinamiche identitarie in cui il paziente borderline è drammaticamente coinvolto? Dinamiche tormentate e tormentanti che rendono il BPD talmente instabile da fare paradossalmente dell'instabilità il nucleo più solido del suo stesso funzionamento. Un'instabilità che riguarda più livelli. Innanzitutto, il modo in cui questa patologia è stata concettualizzata: il DBP è da sempre un'entità in sospeso tra altre entità cliniche (nevrosi e psicosi) e tra sindrome, categoria nosografica e organizzazione strutturale alla Kernberg. Secondo, la sintomatologia: il DBP è noto per l'ampia gamma di combinazioni dei sintomi che possono legittimarne la diagnosi. Terzo, la componente identitaria: come evidenziato da Kernberg (1975), la caratteristica centrale del DBP è la sindrome da diffusione di identità, che consiste appunto nell'impossibilità di sviluppare un'immagine stabile e coerente di sé come persona, integrando aspetti contraddittori di sé e dell'oggetto. Si genera così un'identità "liquida" (Acquarini, 2006) che sembra essere ben rappresentata da un corpo che potremmo definire altrettanto "liquido", cioè non in grado di ricomporre insieme esperienze dolorose di varia natura.

*#Selfie-harm: adolescenza, autolesionismo e nuove condotte a rischio*

Dall'esperienza controversa del corpo nel BPD all'esperienza problematica del corpo in adolescenza il passo è breve. Nonostante, infatti, per lungo tempo si sia stati molto prudenti nell'applicare la diagnosi di disturbo borderline di personalità a pazienti in età adolescenziale, con sempre maggiori evidenze cliniche ed empiriche, è emersa l'esistenza di una continuità tra alcune forme psicopatologiche dell'adolescenza e le manifestazioni della psicopatologia borderline in età adulta (Chabrol *et al.*, 2001). Certo, resta vero che solo una parte dei giovani diagnosticati come borderline presenta una stabilità dei sintomi e della diagnosi; un'altra parte va incontro invece a continue oscillazioni, entrando e uscendo dall'ambito nosografico borderline (Rossi Monti & D'Agostino, 2009). In ogni caso, la condizione strutturale di crisi identitaria dell'adolescente risuona con la "sospensione identitaria" tipica della psicopatologia borderline. E tutto questo sembra essere ben inscritto sulla superficie del corpo.

Le pratiche di autoferimento usate oggi dai giovani (dalle forme *culturalmente approvate* come il tatuaggio o il piercing a quelle *devianti* come il *cutting*)<sup>11</sup> richiamano molto le condotte autolesionistiche che abbiamo descritto nei pazienti borderline. Quello che cambia, forse, è il modo con cui l'autolesionismo in adolescenza si mimetizza e confonde con la cultura o trend del momento. L'ultima "moda", infatti, sembra essere quella di tagliarsi esibendosi subito dopo in un selfie con le proprie ferite in bella mostra. Si parla in questo caso di *selfie-harm*. Ci si taglia, si scatta una foto alle proprie braccia/polsi feriti e la si condivide sui social network con specifici hashtag<sup>12</sup> (*#selfie-harm*, *#freedom*, *#nolimits*, ecc.). In questo modo l'esperienza dolorosa del taglio entra "in rete" e acquista una perturbante quanto attraente cassa di risonanza. Purtroppo questo fenomeno è talmente recente che non sono ancora disponibili dati epidemiologici utili a descriverne meglio i contorni. Certo è che si sta diffondendo sempre di più tra i giovani.

Ma non c'è solo questo. Talvolta la messa alla prova del corpo da parte degli adolescenti non passa solo attraverso forme di autolesionismo diretto come il *cutting* ma anche attraverso forme indirette, cioè condotte a rischio. Parliamo di condotte molteplici e caratterizzate dall'essere in tale, continuo, mutamento che sarebbe impossibile

<sup>11</sup> Per un approfondimento sulla differenziazione tra autolesionismo "deviante" e autolesionismo "culturalmente approvato" si veda Favazza (1996).

<sup>12</sup> L'hashtag (#) è un tipo di etichetta per metadati usato su alcuni social network (Facebook, Instagram, ecc.) come aggregatore tematico. Lo scopo è rendere più facile agli utenti la ricerca di messaggi su uno specifico contenuto.

descrivere tutte. E mentre noi scriviamo, sicuramente qualche altra, nuova ed elettrizzante condotta sarà stata senz'altro provata. Maura Manca (2014) ha tentato di metterle insieme e ne è risultato un vero e proprio alfabeto del pericolo. Tra queste, le più drammatiche: a) *Alcolpops*: abuso di bevande dolci con gradazione alcolica fra il 5 e il 7%; b) *Balconing*: tuffi dal balcone o dalle finestre in una piscina/balcone sottostante (spesso associata ad abuso di alcol o droghe); c) *Choking Game*<sup>13</sup> (o *Funky Chicken* o *Space Monkey*): autosoffocamento o soffocamento per mano altrui tramite strangolamento che produce un'euforia da mancato afflusso di ossigeno al cervello ed elevata possibilità di danni cerebrali, coma, ictus e morte; d) *Ghost riding*: abbandonare lo sterzo mentre si guida per uscire e mettersi a ballare accanto all'auto in movimento; e) *Neknominate*: abuso di alcol con successiva condivisione del video relativo e nomina di altri tre amici che devono fare lo stesso entro 24-48 ore; f) *Salt & Ice Challenge*: gara di resistenza al dolore che consiste nel poggiare sulla pelle un cubetto di ghiaccio coperto di sale per provocarsi ustioni; g) *Vodka eyeballing*: versamento nell'occhio di vodka per ubriacarsi prima imbevendo il nervo ottico di alcol.

Potremmo continuare ancora a lungo, ma ci fermiamo qui. Per tutte queste condotte a rischio, infatti, la domanda sembra essere unica: qual è il senso? Apparentemente nessuno. Eppure, guardando un po' più a fondo, un significato si intravede. È necessario però fare un passo indietro e tornare a descrivere brevemente l'epoca dell'adolescenza. L'adolescenza, com'è noto, costituisce una tappa importante nello sviluppo di ogni individuo. Si tratta di un momento di transizione, di cambiamento e di vera e propria trasformazione, e, come tale, aperto a molteplici evoluzioni: una condizione nella quale si decide in qualche misura il destino di vita della persona. L'adolescente sente il peso dei numerosi e complessi compiti evolutivi che deve assolvere: l'individuazione (costruire un'immagine di sé integrata); la separazione dai genitori; l'acquisizione di un'identità sessuale; la mentalizzazione delle emozioni; la costruzione di un proprio progetto di crescita; l'acquisizione di una coscienza etica; la costruzione di una propria identità sociale, ovvero il sentire di appartenere a un gruppo che non è più solo la famiglia ma la società nel suo complesso.

In questo contesto, allora, il corpo diventa terreno privilegiato di profonde battaglie interiori. A partire dalla pubertà, il corpo rappresenta un elemento centrale della

---

<sup>13</sup> Questo "gioco" (in Francia chiamato *jeau du foulard*, gioco del fazzoletto) uccide ogni anno centinaia di bambini e adolescenti (tra i 7 e i 17 anni) tanto che si è costituita una associazione in Francia, l'Apas, che ha l'obiettivo di esaminare tutti gli aspetti del problema, organizzare congressi e far conoscere il fenomeno stesso, troppo spesso sottaciuto dai media.

trasformazione adolescenziale. Questo è il luogo dove le trasformazioni prendono consistenza, alla superficie del quale si realizza un continuo scambio tra mondo interno e mondo esterno: ciò che appare sulla superficie del corpo dà voce a ciò che si muove nel mondo interiore dell'adolescente. Proprio per questo, il corpo adolescente è anche luogo di conflitti: le profonde trasformazioni a cui va incontro ne fanno anche il palcoscenico sul quale si svolge un conflitto tra passato e futuro: tra i desideri del bambino che è stato e i bisogni dell'adulto che verrà. Il corpo, cioè, un tempo conosciuto e rifugio sicuro, si trasforma in qualcosa di sconosciuto ed estraneo. Esso comincia a essere vissuto non più come casa, ma come terra di tradimenti. Portatore di aspetti minacciosi, sporchi, cattivi, da cancellare. Altro da sé, dove proiettare vicende intime intollerabili. È allora che l'attacco al corpo diventa l'unica, vitale, soluzione.

*Aree sommerse: il cutting nello sport agonistico*

Se si approfondisce ulteriormente il tema dell'esperienza corporea in adolescenza, un altro fenomeno sembra emergere. Meno conosciuto, più sommerso, ma comunque presente. Stiamo parlando dell'autolesionismo tra i ragazzi che praticano sport agonistico. In uno dei pochi documenti esistenti sul tema, un report dell'associazione inglese Child Protection in Sport Unit (Unità per la protezione dello sport giovanile), vengono segnalati numeri piuttosto allarmanti in tal senso<sup>14</sup>. Sfortunatamente, però, più andiamo avanti in questo nostro percorso più ci muoviamo in aree dove i dati scientifici scarseggiano. Dunque, per indagare un po' meglio il fenomeno, non resta che lasciare spazio alle testimonianze dei singoli protagonisti: di queste ce ne sono, e pure tante.

Per esempio, a proposito delle motivazioni del gesto autolesivo in ambito sportivo agonistico, qualche ragazzo dice: «Non sembra contare quante medaglie hai vinto. Quello che conta è il tuo aspetto... [...]. Così ho cominciato a tagliarmi un po' sulle gambe e sullo stomaco... mi permetteva di andare avanti in quell'epoca» (Ragazza, kayak a livello professionale nazionale, nuoto a livello professionale distrettuale) (CPSU, 2014, p. 1; trad. nostra) E qualche altro aggiunge: «Io ero solito farlo ogni giorno. Da una parte, mi faceva star meglio, ma dall'altra odiavo me stesso e pensavo che me lo meritavo» (Ragazzo, football a livello professionale locale, kayak a livello

---

<sup>14</sup> Su 6000 ragazzi coinvolti in vari sport, il 10% confessa di essersi ferito volontariamente almeno una volta nella vita. Di questo 10%, il 56% si è dato un pugno, il 55% si è graffiato e lacerato la pelle e il 39% si è tagliato. Non sembrano esserci grandi differenze tra maschi e femmine, se non nei termini della modalità con cui ferirsi: i ragazzi sono più propensi a colpirsi mentre le ragazze a graffiarsi e procurarsi tagli sulla pelle (proporzioni che sembrano essere in linea con quelle più generali dell'autolesionismo in popolazioni adulte, cliniche e non cliniche).

non professionale) (*ibid.*; trad. nostra). Inoltre, qualcuno dice di aver iniziato a tagliarsi esclusivamente a causa dello sport e di aver smesso una volta interrotto lo sport. Per altri, invece, la causa sembra essere correlata allo sport, ma non solo. In quasi tutti, poi, si rintraccia una associazione con un'immagine negativa di sé e del proprio corpo. Qualcuno, infine, attribuisce questi comportamenti alla pressione dell'allenamento e della competizione. Date le restrizioni, il rigore e il controllo connessi con la competizione e l'essere vincenti nello sport, l'autolesionismo sembra dare una sensazione di controllo ad alcuni giovani atleti in situazioni dove altrimenti si sarebbero sentiti impotenti.

Motivazioni simili sembrano emergere anche da alcune interviste rilasciate da sportivi professionisti adulti, ugualmente coinvolti in condotte autolesive. È il caso per esempio di Victoria Pendleton, 35 anni, ex ciclista campionessa olimpionica, vincitrice di medaglia d'oro e d'argento nelle gare di Londra 2012. Victoria racconta di essersi tagliata con un paio di forbici per unghie durante una discussione, avuta nel 2012 con il suo allenatore, in merito alla sua relazione con un membro dello staff tecnico ciclistico inglese. Nelle sue memorie pubblicate sul «Sunday Times» (2012), Victoria scrive: «Non è che mi sono seduta a un tavolo e ho deciso coscientemente di tagliarmi. Piuttosto, era come se fossi in trance» (Pendleton, 2012; trad. nostra). E ancora: «Avevo il coltello svizzero nella mano destra e ne sentivo tutto il peso, come se esso con la sua solidità potesse promettermi qualcosa che andava oltre quel dolore vuoto che provavo dentro di me [...]. Non volevo uccidermi, volevo solo sentire qualcosa di diverso» (*ibid.*; trad. nostra).

Una testimonianza parallela si ritrova in un'intervista a Jonny Wilkinson (2011) comparsa sul «DailyMail», 37 anni, ex rugbista professionista, vincitore della Coppa del Mondo di Rugby del 2003 con la nazionale inglese. Jonny rivela che la sua paura infame di fallire e l'ossessione per la perfezione lo hanno indotto a procurarsi del male fisico. Jonny era così demoralizzato per una serie infinita di infortuni accadutigli durante le partite (a ginocchia, legamenti, braccia, spalle e rene) che è arrivato a sentire l'impulso di mordersi una mano, urlare sott'acqua e strapparsi i vestiti. Jonny dice che è cominciato tutto nel 2002, quando ha deciso, in accordo con il suo allenatore inglese, di non partecipare al tour in Argentina e di prendersi un periodo di riposo. Spiega il rugbista: «Ho avvertito un forte senso di impotenza [...]. La mia frustrazione era così forte che ho cominciato a urlare al muro [...]. Volevo punirmi per i miei errori [...]. E senza rendermi conto mi sono morso la mano» (Benedict, 2011; trad. nostra).

Un'esperienza non molto diversa viene raccontata in un'intervista al «DailyMail» nel 2012 da Dame Kelly Holmes, 46 anni, ex atleta specializzata negli 800 e 1.500 mt, vincitrice di doppia medaglia d'oro alle Olimpiadi di Atene del 2004. Dame Kelly sostiene di aver cominciato a tagliarsi l'anno prima della vittoria ad Atene. «Era disperazione – spiega – ero nel caos più totale. Non credo mi abbia dato sollievo. L'ho fatto semplicemente perché odiavo me stessa e il mio corpo per avermi delusa» (Brown, 2012; trad. nostra). Dame Kelly ha continuato a tagliarsi fino a quando non si è ritirata dallo sport nel 2005. Uno degli ultimi episodi lo ha spiegato così: «Ritirarsi dallo sport è una questione seria, perché perdi il senso della tua identità [...]. Una delle più forti emozioni che mi fanno sprofondare è il non sapere veramente dove sta andando la mia vita» (*ibid.*; trad. nostra). In casi come questi il corpo sembra indicare una via, anche se drammatica.

#### *Mangiare (in)sano? Ortoressia e nuovi attacchi al corpo*

Il desiderio di controllo e perfezione sembra essere lo sfondo psichico anche di un'altra esperienza che coinvolge il corpo e pare essere oggi molto in voga: l'ortoressia. Per comprendere meglio questo comportamento e come questo si strutturi, a poco a poco, in una pericolosa filosofia di vita, raccontiamo subito la storia di Kaila Prins, pubblicata su «The Guardian» nel 2015. Nell'estate in cui Kaila compie 13 anni il suo corpo manifesta una forte reazione allergica nella forma di una grave orticaria. La madre di Kaila ricorda che la figlia da piccola era risultata allergica alla soia e le suggerisce di togliere dalla sua dieta tutti i cibi che la contengono. Kaila comincia così a far caso al contenuto dei cibi e quella che era cominciata come una cautela per evitare una reazione allergica diventa ben presto una vera e propria ossessione per “il cibo pulito”. Kaila inizia a eliminare grassi e zuccheri aggiunti e a mangiare solo pane integrale, burro di arachidi, frutta e insalata. Più Kaila cresce, più lo stile di vita sano, unito a un sempre maggiore esercizio fisico, inizia a dominare la sua vita.

Dopo il college, Kaila inizia a seguire in modo ferreo le regole alimentari di «Oxygen Magazine», una rivista specializzata in “mangiare sano” per *bodybuilders* donne. La sua ossessione per il cibo “pulito” peggiora fino a diventare veganismo. Le mestruazioni si fermano. Ma Kaila continua a sentire di avere un corpo “sano”. I genitori e le persone in genere le fanno i complimenti per il suo fisico e qualche ragazza incontrata in palestra le chiede suggerimenti su come fare a diventare come lei. Dentro però Kaila sta male, si sente infelice. Una sera esce con un ragazzo che la invita a

mangiare una pizza e poi a teatro. Kaila ne mangia un solo pezzo, ma passa tutto il tempo della rappresentazione teatrale a pensare in modo ossessivo a quanto si sentisse “sporca” per aver mangiato quell’unico pezzo di pizza. Ai tempi dell’università, la ragazza entra in depressione e pensa seriamente al suicidio. Lascia gli studi perché non riesce neanche più a concentrarsi sui libri. Tenta una terapia ma interrompe presto, dopo aver discusso con la sua terapeuta sul fatto che la lattuga fosse un carboidrato oppure no.

Di storie come quelle di Kaila se ne trovano molte su internet, su Instagram nascoste tra foto di frutta e verdura perfettamente lucidate e testimonianze di *celebrities* (tra cui Gwineth Paltrow, Anne Hathaway e Jessica Alba), la cui vita sembra essere cambiata dopo la conversione alla religione del “cibo pulito”. Purtroppo, però, come nel caso dell’autolesionismo nello sport agonistico, anche sull’ortoressia nervosa c’è ancora poca informazione. Il termine è relativamente nuovo (coniato da Steven Bratman nel 1997) e non ha ancora una definizione accettata universalmente così come non ha ancora una sua collocazione ufficiale all’interno del DSM-5. Derivante dal greco *ortho* – corretto – e *orexis* – appetito – l’ortoressia nervosa consiste essenzialmente in un’ossessione patologica per il cibo biologicamente puro, che causa restrizioni dietetiche e che può portare a pensieri ossessivi sul cibo, difficoltà relazionali e isolamento sociale (Brytek-Matera, 2012). Gli individui che presentano questo problema hanno una specifica attitudine per il cibo, se lo preparano da soli ed evitano cibi o gruppi di cibi che considerano pericolosi per la loro salute. La qualità del cibo da consumare arriva in certi casi a diventare più importante dei valori personali, delle relazioni interpersonali, dei progetti di carriera e delle relazioni sociali (*ibid.*).

Ma che tipo di disturbo è l’ortoressia nervosa? Non è chiaro neanche questo per ora. Qualcuno, puntando il focus sulla perdita di peso comunque implicata, ritiene che essa non sia altro che un disturbo del comportamento alimentare (MacEvilly, 2001); qualcun altro, invece, evidenziandone principalmente il meccanismo ossessivo del pensiero, la considera alla stregua di un disturbo ossessivo-compulsivo (Arusoğlu *et al.*, 2008); qualcun altro ancora, osservandone le caratteristiche precipue, propone di considerarla come un disturbo a carattere misto, comprendente sia un comportamento alimentare anomalo sia sintomi di carattere ossessivo-compulsivo (Brytek-Matera, 2012); qualcuno, infine, suggerisce di vedere l’ortoressia nervosa come un disturbo a sé stante,

definito da specifici criteri diagnostici<sup>15</sup> (Dunn, Bratman, 2016). Insomma, l'ortoressia resta un fenomeno ancora tutto da studiare. I dati epidemiologici sono scarsi<sup>16</sup> così come le ancora poco conosciute motivazioni psicologiche che spingerebbero a questo tipo di comportamento.

Forse però questo accade perché qui c'è altro in prima linea che distrae l'attenzione: il corpo. Il focus è massimo su un corpo che pare mostrare, in carne e ossa, un sé vissuto come sporco, sbagliato, debole e imperfetto. Per questo motivo va purificato, migliorato, rinforzato e reso ideale. Ines, 16 anni, studente australiana, dice a questo proposito: «Quello che volevo era solo un corpo perfetto [...]. Non ho mai cercato di raggiungere un certo peso, volevo solo essere sana, tonica e in forma» (Blatchford, 2016; trad. nostra). Il cibo "pulito" diventa allora la soluzione ideale. La salute (mentale più che fisica) dipende tutta da esso. Il resto perde a poco a poco importanza: relazioni, lavoro, valori. Kaila alla fine ce l'ha fatta: si è resa conto che c'era qualcosa che non andava ed è riuscita a trovare uno specialista dei disturbi alimentari che l'ha aiutata. «Mangio ancora sano – dice – ma non lo condivido più su Instagram e neanche su Twitter. Mi piacciono le verdure ma mi piace anche il teatro. Ora riesco ad andare al lavoro o a uscire con gli amici» (Oksman, 2015; trad. nostra).

#### *"Living dolls". Specchio, bisturi e perturbazioni di genere*

A proposito di ossessione per il corpo perfetto, è inevitabile parlare anche del dilagare nei tempi moderni della chirurgia estetica e degli interventi mini-invasivi per migliorare il proprio aspetto fisico. La ricerca scientifica si sta sempre più interessando a questo fenomeno, ma i dati finora raccolti sull'argomento restano ancora non sufficienti a tratteggiarne tutta la complessità. È certo, d'altronde, che dagli anni '90 del secolo scorso a oggi c'è stato un aumento esorbitante del numero totale dei trattamenti

---

<sup>15</sup> Due i criteri principali proposti:

*Criterio A.* Attenzione ossessiva per il cibo "sano", così come definito dalle teorie dietiste, caratterizzata da disagio emotivo eccessivo in relazione allo scegliere cibo considerato come "non sano";

*Criterio B.* Il comportamento compulsivo e la preoccupazione diventano clinicamente disfunzionali a causa di uno o più dei seguenti elementi: 1) Malnutrizione, perdita di peso o altre complicazioni mediche dovute alla dieta restrittiva; 2) Disagio intrapersonale o anche sociale, accademico o professionale dovuto alle credenze o al comportamento relativo alla dieta salutare; 3) Immagine corporea positiva, autostima, identità e/o soddisfazione eccessivamente subordinato al rispetto del comportamento alimentare autodefinito "sano" (la traduzione è a nostra cura).

<sup>16</sup> Secondo una ricerca di Donini *et al.* (2004), su un campione italiano di 404 persone, il 17.1% (=69) si può definire "fanatico della salute", mentre il 6.9% (=28) rientra nella categoria dell'ortoressia nervosa, con una prevalenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine (11.3% vs 3.9%). Tale prevalenza è spiegata dagli autori con il proliferare di stereotipi culturali legati alla forma fisica maschile.

estetici<sup>17</sup> (Lemma, 2010). Basta fare zapping e vedere in televisione quanto i reality TV che hanno come focus questi contenuti si siano diffusi negli ultimi anni. Uno su tutti: *Extreme makeover*. Si mostra la persona com'era prima, la si segue durante una serie di interventi estetici per migliorare determinate parti del corpo vissute come “difettose” e poi la si fa vedere dopo. La trasformazione è spettacolare, in tutti i sensi. Cambiare il proprio corpo così diventa (o almeno sembra) facile, veloce e indolore. La realtà della sofferenza umana spesso presente sotto il desiderio conscio di partecipare a queste trasmissioni viene del tutto sottaciuta o quantomeno adombrata da rimodellamenti con il bisturi, trucchi, punturine di botox e *remise en form* generale. L'obiettivo è unico: non solo essere come l'ideale, ma diventarlo (Fraser, 2007).

La storia di Valeria Lukyanova, 30 anni, ucraina, e di Justin Jedlica, 35, americano, è emblematica in tal senso. Il loro desiderio è sempre stato quello di “assomigliare” il più possibile a Barbie e Ken, le bambole della Mattel. Finché un giorno hanno deciso di “diventare” Barbie e Ken. Li chiamano *living dolls* (bambole viventi). Tra i due, sembra vincere Justin per numero di interventi estetici fatti: 140 dichiarati dai 18 anni a oggi per un totale di più di 150 mila dollari spesi. Tra questi: cinque interventi al naso, un rimodellamento delle ossa frontali del cranio e impianti su guance, labbra, glutei e mento. «Sono sempre stato in mezzo alla chirurgia estetica perché la ritengo un'estensione di me e della mia creatività» (Whitelocks, 2013; trad. nostra), afferma Justin in un'intervista rilasciata in una trasmissione televisiva. Valeria, invece, ammette di essersi rifatta solo il seno, il resto sarebbe – a suo dire – solamente frutto di tanto sport e make-up: «Sono una persona creativa e questa è l'espressione del mio mondo interno, non ho cercato di imitare una bambola, io non imito nessuno» (*ibid.*; trad. nostra).

Nel 2013 Valeria e Justin si sono incontrati a New York per un episodio del programma televisivo americano *Inside Edition*; ma specchiarsi l'uno nel corpo dell'altra deve essere stata un'esperienza per nulla piacevole. E i due si sono odiati da subito, attaccandosi verbalmente e criticando duramente le reciproche fattezze. «È una ragazza carina, ma non capisco perché la gente si interessi a lei. Ha le *extensions*, è truccatissima, praticamente una drag-queen» (*ibid.*; trad. nostra), ha detto Justin a proposito di Valeria. «Farebbe meglio a non parlare di plastica – ha ribattuto Valeria riferendosi a Justin – Penso che sia un bell'uomo, ma le sue labbra rifatte sono un po' esagerate» (*ibid.*; trad. nostra). Insomma, il confronto tra le due *living dolls* deve aver messo a nudo l'invidia provata verso coloro la cui integrità e bellezza non è altro che un

<sup>17</sup> Si parla di un aumento del 465% a partire dal 1997.

doloroso rimando alla loro insufficienza percepita (Lemma, 2010). Da qui l'attacco reciproco. In fondo, la chirurgia estetica è così seduttiva proprio perché fornisce soluzioni magiche al dolore psichico dell'invecchiamento e della morte. E così ci si reinventa il proprio sé, modificando a proprio piacimento il corpo. Per farlo diventare nella realtà come lo si desidera in fantasia: perfetto.

Dinamiche profondamente narcisistiche sembrano essere implicate in questo bisogno di perfezione. A tal proposito, Lemma (2010) ipotizza che, dietro la necessità di continue manipolazioni corporee, ci siano tratti personologici collocabili lungo un continuum narcisistico che si muoverebbe, riprendendo la teoria di Rosenfeld (1987), tra narcisisti "a pelle spessa" e narcisisti "a pelle sottile"<sup>1819</sup>. Mentre il narcisista a "pelle sottile" si sottoporrebbe alla chirurgia estetica per soddisfare una fantasia di "corrispondenza perfetta", creando un corpo che tutti potranno ammirare, quello a "pelle spessa" lo farebbe inseguendo una fantasia di "rivendicazione". Il suo unico obiettivo sarebbe eliminare quell'oggetto tanto odiato e confinato in una parte del proprio corpo identificato con esso. Questi ultimi sono i pazienti più difficili da trattare e per cui la chirurgia estetica e il suo effettivo perseguimento possono acquisire qualità maniacale. Essi non riusciranno mai a liberarsi dell'oggetto crudele, perché nonostante la chirurgia e nonostante il cambiamento di quell'aspetto, l'oggetto verrà, dopo l'operazione, proiettato su un'altra parte del corpo e così via senza che il processo veda mai una fine. In entrambi i casi, comunque, il corpo diventa il luogo della messa in atto di fantasie inconsce per le quali cambiare pelle assume il significato profondo di cambiare pelle al sé vissuto come imperfetto, sbagliato, altro da sé.

Questo stesso senso di alterità è presente anche in altri individui, spesso clienti altrettanto assidui delle sale operatorie della chirurgia estetica: quelli che presentano disforia di genere. La "disforia di genere" (ex "disturbo dell'identità di genere") consiste in una marcata disparità tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta in vari modi e si accompagna a disagio clinico significativo o a compromissione del funzionamento

---

<sup>18</sup> Suddivisioni simili a questa, ma con terminologie differenti, vengono proposte anche da Akhtar (1989), il quale distingue tra narcisista "overt" e "covert", e Gabbard (1989), che invece parla di narcisista "inconsapevole" e "ipervigile". Mentre il primo tipo è arrogante, concentrato su se stesso, ignaro delle reazioni degli altri, non empatico e con un continuo bisogno di essere al centro dell'attenzione, il secondo è estremamente sensibile all'opinione degli altri, inibito, schivo, ascolta gli altri con molta attenzione per evidenziarne mancanza di rispetto o critica e si sente ferito con facilità, provando sentimenti di vergogna o umiliazione.

<sup>19</sup> L'ipotesi di un continuum narcisistico tra "pelle sottile" e "pelle spessa" come sfondo personologico alle vicende del business della bellezza sembra essere confermata anche da una nostra recente ricerca empirica (D'Agostino, Aportone, 2014).

sociale, lavorativo o in altre aree (DSM-5, 2013). Parliamo essenzialmente di transessualità; tema senz'altro attuale, ma anche molto complesso sotto il profilo psicologico e non solo. Per questo motivo, ci limiteremo qui di seguito a una breve riflessione relativamente all'abnorme esperienza corporea che si genera in tali casi. Si tratta, appunto, di un'esperienza di incongruità tra il corpo dato e il genere esperito soggettivamente, che provoca una disgregazione della coerenza del sé e la conseguente ricerca di chirurgia plastica come unica garanzia di sollievo dal dolore di tale condizione (Lemma, 2013). I soggetti transessuali spesso descrivono il loro vissuto nei termini di un "essere in pezzi", o un "puzzle non finito" o anche "un estraneo per se stessi", mostrando una discontinuità disturbante nell'esperienza di sé che li porta alla ricerca compulsiva del loro "vero" corpo attraverso un rimodellamento con il bisturi (*ivi*, p. 279).

È come se tali individui avessero la facoltà di scotomizzare o mettere tra parentesi una o più parti del loro corpo, a tal punto che gli interventi chirurgici e le loro conseguenze incerte vengono da loro vissuti «con un'indifferenza apparente per quel che riguarda il loro rapporto con il disagio, il dolore, la disfunzione, le cicatrici e i postumi» (Tyszler, 1996, p. 236). In questo senso, allora, il corpo dato diventa simbolo non tanto (o non solo) di una problematica di genere o di sesso, quanto di una vera e propria rottura nella coerenza della propria identità (Lemma, 2013). Una "sofferenza identitaria" (Nunziante Cesàro, Chiodi, 2006), che troverebbe in modo illusorio la sua (ri)soluzione magica nell'intervento chirurgico, estremo atto di negazione della dolorosa esperienza interna di un «sé alieno» (Fonagy *et al.*, 2002).

#### *Una cornice di comprensione: gli organizzatori di senso*

Abbiamo descritto fin qui esperienze corporee diverse, multiformi e a volte anche difficili da significare. Comune a tutte però sembra essere l'uso del corpo come superficie su cui inscrivere il senso. Ma di quale senso si sta parlando? Nei singoli paragrafi abbiamo introdotto qualche riflessione in questa direzione. Ora cercheremo di far confluire quanto detto, proponendo una unica cornice di comprensione. Si tratta di sei "organizzatori di senso" (Rossi Monti & D'Agostino, 2009), originariamente pensati per le condotte autolesionistiche, che proviamo qui a estendere, in un uso più ampio, all'esperienza multifaccettata del corpo nell'età che abbiamo definito dell'estimità. L'obiettivo è fornire una possibile chiave di lettura che possa fare da bussola orientativa in un territorio non facile da percorrere, pericolosamente al limite tra normalità e

psicopatologia. È importante però precisare che tali organizzatori non sono mutuamente escludenti, ma si intrecciano spesso l'uno con l'altro, attribuendo un senso molteplice a esperienze spesso complesse, non riducibili talvolta a una unica motivazione.

Più nel dettaglio, il primo organizzatore è “concretizzare”, dove il corpo è esperito come un modo per trasformare uno stato psichico in uno fisico, per controllare sentimenti intollerabili, come un angoscioso senso di impotenza o di vuoto interno (si pensi al *cutting* nello sport agonistico). Il secondo organizzatore è “punire-estirpare-purificare”, dove il corpo è vissuto come un mezzo per punire/estirpare la parte cattiva di sé al fine di disintossicarsi/purificarsi e attaccare pensieri, sentimenti, ricordi, o anche per ripetere inconsciamente una sequenza emotiva antica, o pure per liberarsi della rabbia e provare a riorganizzare un sé frammentato (si pensi all'ossessione per il mangiare “pulito” e ai casi più gravi di ortoressia). Il terzo organizzatore è “regolare la disforia”, dove il corpo aiuta a gestire sentimenti di tensione angosciosa, quale può essere per esempio lo stato disforico cronico che fa da sfondo all'esperienza borderline (un misto di tensione, irritazione, sordo malumore, confusione, rabbia), ma anche a interrompere il ciclo di depersonalizzazione e derealizzazione, ricercando esperienze vive e stimolanti nel procurarsi ferite (si pensi al “paradosso del dolore” nel disturbo borderline di personalità).

Il quarto organizzatore è “comunicare senza parole”, dove il corpo funge da linguaggio per trasmettere qualcosa che a parole non si riesce a dire, o anche per controllare i comportamenti e le emozioni dell'altro, o pure per suscitare nell'altro risposte di accudimento (si pensi al *selfie-harm* in adolescenza). Il quinto organizzatore è “costruire una memoria di sé”, dove il corpo diventa un modo per fissare una memoria di se stessi, incidendo sul proprio corpo marchi che segnano sulla pelle momenti, vicende ed emozioni, corrispondenti a significativi punti di passaggio (si pensi al tatuaggio e al piercing o ad altre forme più estreme di modificazione corporea in voga sempre tra gli adolescenti). Infine, il sesto e ultimo organizzatore è “volgere in attivo/cambiare pelle”, dove il corpo agisce come uno strumento per trasformare in attive esperienze vissute passivamente, subite o imposte, un modo per ribaltare un senso di impotenza di per se stesso traumatico in un “trauma” auto-provocato, del quale ci si può sentire autori (si pensi alle *living dolls* e all'esperienza traumatica della transessualità).

Ognuno di questi organizzatori racconta una storia diversa. Ma tutti mostrano in definitiva che l'esperienza corporea, per quanto disturbante essa sia, svolge una precisa

funzione all'interno dell'economia psichica della persona, una funzione vitale per la salvaguardia della propria identità.

*Riferimenti bibliografici*

- Acquarini, Elena (2006). Identità liquida nel borderline. Una ricerca condotta con l'Identity Disturbance Questionnaire (idq). *Psichiatria di Comunità*, 1, 48-56.
- Akhtar, Salman (1989). Narcissistic personality disorder: descriptive features and differential diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 505-529.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arusoglu, Gulcan *et al.* (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 19 (3), 283-291.
- Bauman, Zygmunt (2000). *Modernità liquida*. Roma: Laterza, 2006.
- Bauman, Zygmunt (2011). La fine dell'intimità nell'era di Facebook (traduzione di Marina Astrologo). «la Repubblica», 9 aprile.
- Benedict, Luke (2011). Jonny's battle with obsession and despair: I'd self-harm and scream under water. «DailyMail», 8 novembre.
- Blatchford, Emily (2016). Orthorexia nervosa: The darker side of "clean eating". «The Huffington Post-Australia», 1 marzo.
- Bohus, Martin *et al.* (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95, 251-260.
- Bonica, John (1953). *The management of pain*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Bratman, Steven (1997). Health food junkie. *Joga Journal*, settembre-ottobre, 42-50.
- Brytek-Matera, Anne (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4 (1), 55-60.
- Brown, Larisa (2012). Dame Kelly Holmes: I used to cut myself and even thought of suicide because the pressure to win was so great. «DailyMail», 16 settembre.
- Carpenter, Ryan W., Trull, Timothy J. (2015). The pain paradox: Borderline personality disorder features, self-harm history and the experience of pain. *Personality, Research and Treatment*, 6 (2), 141-151.
- Chabrol, Henri *et al.* (2001). Symptom of DSM-IV Borderline Personality Disorder in a

- nonclinical population of adolescent: Study of a series of 35 patients. *Encephale*, 27, 120-127.
- Child Protection in Sport Unit (2014). Self-harming in sport. Disponibile online al link: <https://thecpsu.org.uk/resource-library/2013/self-harming-in-sport/>, ultima consultazione 23 aprile 2016.
- D'Agostino, Alessandra (2012). Corpi alla deriva. Autolesionismo e oltre. In Mario Rossi Monti (a cura di), *Psicopatologia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica* (pp. 64-110). Milano: Franco Angeli.
- D'Agostino, Alessandra & Aportone, Antonella (2014). Chirurgia estetica: moda o sintomo? Una ricerca empirica su usi e abusi della bellezza. *Atti del Congresso Nazionale Associazione Italiana di Psicologia (AIP – Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica)*. Pisa, 19-21 settembre 2014, 97-98.
- Donini, Lorenzo M. *et al.* (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and weight disorders*, 9, 151-157.
- Dumbar, Robin (2010). You've got to have (150) friends. «New York Times», 25 dicembre.
- Dunn, Thomas & Bratman, Steven (2016). On orthorexia nervosa. A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
- Favazza, Armando R. (1996). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Fonagy, Peter *et al.* (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Frankenburg, Frances R. & Zanarini, Mary C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1660-1665.
- Fraser, Kyle (2007). Now I am ready to tell how bodies are changed into different bodies...: Ovid, *The metamorphoses*. In D. Heller (ed.), *Makeover television: realities remodeled*. London: I.B. Tauris.
- Gabbard, Glen O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull. Menninger Clin.*, 53, 527-532.

- Gunderson, John G. & Links, Paul S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, John G. & Ridolfi, Elena (2001). Borderline personality disorder. Suicidality and self-mutilation. *Annales of New York Academy of Science*, 932, 61-73.
- Harper, R. Patrick (2004). Borderline personality. In *Personality-guided therapy in behavioral medicine* (pp. 179-205). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kernberg, Otto F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Lemma, Alessandra (2010). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Cortina, 2011.
- Lemma, Alessandra (2013). The body one has and the body one is: Understanding the transsexual's need to be seen. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94 (2), 277-292.
- Ludäscher, P. *et al.* (2010). Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 35 (3), 177-184.
- MacEvelly, C. (2001). The price of perfection. *Nut Bull.*, 26 (4), 275-276.
- Manca, Maura (2014). È l'ora del mortal network. «Il Messaggero», 14 luglio.
- McCown, William *et al.* (1993). Borderline personality disorder and laboratory-induced cold pressor pain: Evidence of stress-induced analgesia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 87-95.
- Minkowski, Eugene (1966). *Trattato di psicopatologia*, Milano: Feltrinelli, 1973.
- Nunziante Cesàro, Adele & Chiodi, Alessandro (2006). Quale identità di genere? In Adele Nunziante Cesàro, Paolo Valerio (a cura di), *Dilemmi dell'identità: chi sono? Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni* (pp. 184-194). Milano: FrancoAngeli.
- Oksman, Olga (2015). Orthorexia: when healthy eating turns against you. «The Guardian», 26 settembre.
- Pavony, Michelle T. & Lenzenweger, Mark F. (2014). Somatosensory processing and borderline personality disorder: Pain perception and a signal detection analysis of proprioception and exteroceptive sensitivity. *Personality Disorder: Theory, Research and Treatment*, 5 (2), 164-171.

- Pendleton, Victoria (2012). I picked up the knife. I knew I was about to cut myself again. «The Sunday Times», 2 settembre.
- Rosenfeld, Herbert (1987). *Impasse and interpretation*. London: Routledge.
- Rossi Monti, Mario & D'Agostino, Alessandra (2009). *L'autolesionismo*. Roma: Carocci.
- Russ, MJ *et al.* (1992). Pain perception in self-injurious patient with borderline personality disorder. *Biol. Psychiatry*, 32, 501-511.
- Sansone, Randi A. & Sansone, Lori A. (2007). Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry*, 4 (4), 40-46.
- Tisseron, Serge (2008). Guardatemi. Dal desiderio di intimità a quello di estimità. *Psicologia Contemporanea*, 209, 8.
- Tragesser, Sarah L. *et al.* (2010). Borderline personality disorder features and pain: the mediating role of negative affect in pain patient sample. *The clinical journal of pain*, 26 (4), 348-353.
- Tyszler, Jean-Jacques (1996). La pelle rivoltata. Note sul godimento d'involucro. In Paolo Valerio, Mario Bottone, Riccardo Galiani, Roberto Vitelli (a cura di), *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici* (pp. 234-246). Milano: FrancoAngeli, 2001.
- Van der Kolk, Bessel A. *et al.* (1989). Endogenous opioids, stress induced analgesia, and posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacol Bulletin*, 25, 417-421.
- Vettese, Angela (2003). Dal corpo chiuso al corpo diffuso. In Francesco Poli (a cura di), *Arte contemporanea. Le ricerche internazionali dagli anni '50 a oggi* (pp. 188-221). Milano: Mondadori.
- Whitelocks, Sadie (2013). Our childhood dreams shattered! Real-life Barbie and Ken meet for the first time but “hate the sight of each other”. «DailyMail», 2 febbraio.

*Alessandra D'Agostino*, Università degli studi di Urbino. Psicologa clinica, specializzanda in psicoterapia psicoanalitica e dottoranda in psicologia clinica presso l'Università degli Studi di Urbino. Si interessa da anni di psicopatologia della corporeità. Ha scritto, assieme a Mario Rossi Monti, *L'autolesionismo* (2009) e *Il suicidio* (2012) per la Carocci Editore.

*alessandra.dagostino@unirb.it*

*Alessandra D'Agostino*, Clinical psychologist, psychoanalytic psychotherapist in training, and PhD student in clinical psychology at the University of Urbino. Her long-standing scientific interest is on psychopathology of corporeality. Together with Mario Rossi Monti, she has written *L'autolesionismo* (2009) and *Il suicidio* (2012) for Carocci Editor.

*alessandra.dagostino@unirb.it*

*Mario Rossi Monti*, Università degli studi di Urbino. Psichiatra e professore ordinario di psicologia clinica presso l'Università degli Studi di Urbino. Membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana (SPI), è docente presso la Scuola di Psicoterapia fenomenologico-dinamica di Firenze. Tra le sue più recenti pubblicazioni: *Manuale di psichiatria per psicologi* (Carocci, 2016).

*mario.rossimonti@unirb.it*

*Mario Rossi Monti*, Psychiatrist and full Professor of clinical psychology at the University of Urbino. Full Member of the Italian Psychoanalytic Society (SPI), he teaches at the School of Phenomenological–Dynamic Psychotherapy in Florence. Among his most recent publications: *Manuale di psichiatria per psicologi* (Carocci, 2016).

*mario.rossimonti@unirb.it*