

## Il comportamento di autoferimento

Anna Dessì <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psicologa, Psicoterapeuta, Grosseto

### *Riassunto*

La parola autoferimento traduce il termine inglese non-suicidal self injury (NSSI) e indica un comportamento deliberato, ripetitivo e diretto che altera la superficie corporea senza un intento suicidario consapevole (Nock, M. K. e Favazza A. R., 2009). Dopo aver passato in rassegna la terminologia utilizzata per indicare il comportamento di autolesionismo in generale e di autoferimento in particolare, questo studio analizza la diffusione di tale fenomeno e quindi le sue caratteristiche e funzioni. Poiché dagli anni 90 in poi la letteratura pone in evidenza la crescita del comportamento di autoferimento nella popolazione adolescenziale, questo studio ha preso in considerazione la ricerca effettuata da Guerri e Prinstein nel 2010, la quale analizza come il modello cognitivo di vulnerabilità allo stress possa essere un fattore di predizione nell'andamento del comportamento di autoferimento. Da questo studio si evince l'esigenza di continuare ad indagare i fattori che concorrono al manifestarsi di questo comportamento suggerendo che la predizione e prevenzione dell'NSSI sono possibili.

*Parole chiave:* autolesionismo, auto ferimento, adolescenti, DSM V.

### **Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)**

### *Summary*

Non-suicidal self-injury (NSSI) refers to deliberately inflicting damage, pain, or both to one's bodily tissue without suicidal intent (Nock, M. K. e Favazza A. R., 2009). After a description of the different terms for the phenomena of self injury in general and NSSI in particular, research will examine the prevalence of Self Injury and its characteristics and functions. Because in the last two decades the literature shows that NSSI is

Anna Dessì, Il comportamento di autoferimento, *N. 13, 2014*,  
pp. 3-28.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di  
formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma,  
tel. 06 44704193 pubblicata su  
[www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

more common in adolescent and young adult populations than previously thought, this research examines Guerri and Prinstein's study (2010) which tested a cognitive vulnerability-stress model as a predictor of NSSI trajectories. Results from this study suggest that long-term prediction of NSSI may be possible.

*Key words:* self injury, non-suicidal self injury, NSSI, adolescent, DSM V.

### **Introduzione**

L'autoferimento sta diventando un fenomeno molto diffuso tra gli adolescenti e in letteratura sono rintracciabili numerosi contributi sulle caratteristiche e cause di questo comportamento. L'autoferimento è spesso dovuto ad eventi precipitanti, come ad esempio il reale o percepito abbandono, che provocano nel ragazzo la nascita di emozioni "negative". L'adolescente che non è in grado di esprimere o gestire queste emozioni negative, spesso mette in atto dei comportamenti di coping maladattivi come il comportamento di autoferimento. La preoccupante crescita di questo fenomeno pone in evidenza la necessità di concentrare importanti energie sullo studio dei fattori di predizione al fine di attuare piani di prevenzione e di trattamento più puntuali e quindi aiutare il ragazzo ad apprendere nuove strategie di coping.

### **Fenomenologia e definizione**

L'autolesionismo è un fenomeno molto eterogeneo e include pratiche assai diversificate tra loro: noi tutti quando pensiamo all'autolesionismo possiamo immaginare sia una pratica specifica, come il taglio dei polsi, sia associarlo ad un'idea generica di condotte nocive per la nostra salute e la nostra vita; ci possiamo anche interrogare su quali siano gli elementi che ci fanno considerare la body art una forma d'arte e non di autolesionismo o quali siano i fattori che rendono più accettabile il fumare anziché il torturare il proprio corpo con degli spilli.

L'eterogeneità di tale fenomeno ha sollecitato clinici e ricercatori a darne una definizione univoca e esaustiva: un'impresa ardua e forse non utile alla sua comprensione.

La terminologia inglese per nominare tale comportamento è numerosa: molto spesso gli autori si trovano in disaccordo tra di loro e utilizzano lo stesso vocabolo per indicare fenomeni molto diversi o, a volte, usano parole diverse per far riferimento allo stesso comportamento. A riprova di ciò, Kahan e Pattison (1984) individuano 18 etichette utilizzate dai clinici per riferirsi a quei comportamenti strettamente autolesionistici e a comportamenti ad essi affini, come l'overdose e il tentato suicidio.

Autore	Definizione
Menninger (1938)	Partial suicide
Graff e Malin (1967)	Wrist-cutting syndrome
Pao (1969)	Delicate self-cutting
Morgan et al (1975)	Non-fatal deliberate self harm
Farber (2000)	Self-harm
Pattison e Kahan (1983); Gratz (2001)	Deliberate self-harm
Gardner e Cowdry (1985)	Parasuicidal behavior
Courtois (1988)	Self-damaging behavior
Figueroa (1988)	Self-destructive behavior
Mazelis (1990)	Self-inflicted violence
Favazza (1996)	Self-mutilation
Favazza e Rosenthal (1990)	Repetitive self-mutilation
Tantam e Whittaker (1992)	Self-wounding
Linehan (1993)	Parasuicide
Herpertz (1995); Claes, Vandereycken	
Vertommen (2001)	Self-injurious behaviors
Dallam (1997)	Socially deviant self-injury
White, Trepal-Wollenzier, Nolan (2002)	Self-injury
Nock e Prinstein (2004)	Sel-mutilative behavior

**Tabella 1.** Definizione dei comportamenti di auto ferimento.

È stato, quindi, più facile per i clinici classificare queste condotte che darne una definizione esaustiva e esclusiva. Anche se la prima classificazione compare nel 1913 in un articolo di Emerson (1913), la classificazione al giorno d'oggi più accreditata è quella proposta da Favazza e Rosenthal nel 1990 (Favazza e Rosenthal, 1990), in seguito rivista dallo stesso autore insieme a Simeon nel 1995 (Favazza e Simeon, 1995), e raggiunge poi la sua forma definitiva nel 1996 (Favazza, 1996).

Secondo l'ultima teorizzazione, Favazza (1996) suddivide il *self injury* in due categorie: la prima è quella in cui il *self injury* è culturalmente accettato, l'altra, invece, è quella in cui esso è considerato deviante.

La finalità dei comportamenti del primo tipo è quella di raggiungere la spiritualità, di curare malattie fisiche e di preservare l'ordine sociale: tra esse possiamo indicare le pratiche religiose o rituali.

Per quanto riguarda il *Self Injury* deviante, Favazza lo classifica nelle seguenti tipologie:

- il *Self injury grave o maggiore* include amputazioni degli arti o dei genitali o, genericamente, significativi danni al tessuto corporeo: questa forma di autolesionismo è associata alla presenza di psicosi o acute intossicazioni; solitamente si rileva che la gravità degli agiti autolesivi è inversamente proporzionale alla frequenza; le automutilazioni di questo tipo si riscontrano nella sindrome di Van Gogh, nel transessualismo e nelle intossicazioni alcoliche acute;

- il *Self injury stereotipico* è un comportamento fisso e ritmico (es. sbattere la testa contro il muro) ed è tipico del ritardo mentale, dell'autismo e della Sindrome di Gilles de La Tourette; il comportamento viene riferito, oltre che a fattori organici, a un' insufficiente stimolazione sensoriale (di cui la condotta autolesiva rappresenterebbe una forma sostitutiva) e ad una risposta appresa, a seguito di un vantaggio secondario che rinforza l'azione autolesiva stessa;
- il *Self injury compulsivo* sottende tutti quei comportamenti ripetitivi (es. grattarsi severamente la pelle, mangiarsi le unghie, tirare peli o capelli) che vengono attuati per avere un subitaneo sollievo da un vissuto d'ansia;
- Il *Self injury impulsivo* comprende tutti quei comportamenti (es. tagliarsi o il bruciarsi la pelle) che hanno la finalità di controllare e manipolare delle emozioni o stati non graditi e ottenere così una diminuzione dell'arousal e delle tensioni; questi comportamenti vengono attuati perchè la persona sente di non poterne fare a meno; tuttavia, essi non costituiscono un disturbo mentale a sé stante. Solamente nel Disturbo Borderline di personalità il *Self injury impulsivo* viene citato come criterio diagnostico; questo tipo di autolesionismo è associato, però, anche alla presenza di numerose altre psicopatologie tra cui disturbi d'ansia, disturbo post-traumatico ma anche schizofrenia e identità dissociativa; questo comportamento diviene *ripetitivo* quando è per il soggetto una costante preoccupazione, tanto da divenire una vera e propria dipendenza.

Attualmente gli autori prediligono il termine inglese *non-suicidal self injury (NSSI)*, tradotto in italiano con *autoferimento*. L'*NSSI* indica un comportamento deliberato, ripetitivo e diretto che altera la superficie corporea senza un intento suicidario consapevole (Nock, M. K. e Favazza A. R., 2009).

*Self Injury* è un termine descrittivo ed è considerato, dalla maggior parte degli autori, più appropriato del termine *Self Mutilation*, il quale è stato molto utilizzato nel passato; quest'ultimo, infatti, assume una connotazione peggiorativa per coloro ai quali viene applicato, poichè si riferisce, oltre alle forme lievi di lesioni autoinflitte, anche a forme più gravi come enucleazione oculare, castrazione, amputazioni di parti del corpo (Favazza 1996).

Vengono, quindi, posti in risalto tre elementi *sine qua non* affinché si possa diagnosticare la presenza di un comportamento di autoferimento (Favazza, 1996; Nock, M. K. e Favazza A. R., 2009).

- 1- Ci si riferisce a un comportamento socialmente non accettato;
- 2- Si tratta di una lesione fisica procurata volontariamente e in modo diretto;
- 3- Lo scopo del comportamento autolesionistico non è assolutamente il suicidio.

Secondo questa definizione è necessario distinguere gli atti a seconda del contesto sociale in cui essi prendono forma. I tatuaggi sul viso vengono ritenuti simbolo di forza e di bellezza in particolari tribù aborigene, mentre, nella nostra società sono considerati dalla maggior parte delle persone un comportamento stravagante e alcune volte autolesionista; a questo proposito, è interessante considerare ulteriormente come vengano letti in modo diverso i tagli sulla pelle a seconda che vengano effettuati da un individuo qualunque o da un artista contemporaneo. Gina Pane ad esempio definisce così la sua arte:

*“...Nel mio lavoro il dolore era quasi il messaggio stesso. Mi tagliavo, mi frustavo e il mio corpo non ce la faceva più....La sofferenza fisica non è solo un problema personale ma è un problema di linguaggio....Il corpo diventa l'idea stessa mentre prima era solo un trasmettitore di idee. C'è tutto un ampio territorio da investigare. Da qui si può entrare in altri spazi, ad esempio dall'arte alla vita, il corpo non è più rappresentazione ma trasformazione...”*  
(<http://videoinstallazione.blogspot.it/2009/10/gina-pane-e-nata-biarritz-in-francia.html>).

La caratteristica di comportamento volontario e diretto elimina tutti quei comportamenti che arrecano danno al nostro corpo e al nostro essere, effettuati sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, o quei comportamenti che arrecano danno in maniera indiretta come l'eccessivo fumo o i disturbi del comportamento alimentare. A proposito del terzo punto, distinguere il comportamento di autolesionismo da quello di intento suicidario è molto importante, poiché da esso è dipendente la scelta del progetto terapeutico e l'andamento della terapia stessa.

### **NSSI e suicidio**

Shneidman (1985) ritiene che l'intento della persona che tenta il suicidio non è tanto quello di togliersi la vita ma di “bloccare la coscienza”, ossia eliminare qualsiasi dolore psicologico; mentre quello dell'autoferitore non è di eliminare la coscienza ma di modificarla allo scopo di avere un sollievo dalla propria sensazione di dolore. Al fine di individuare la presenza di un gesto di autoferimento o di un intento suicidario è fondamentale capire l'intenzione del paziente e questo può essere fatto attraverso una domanda diretta rivolta al paziente stesso: “Quale era lo scopo del tuo ferirti?”. Alcune persone sono veramente acute e articolate nello spiegare la motivazione del loro gesto e possono ad esempio riferirci: *“mi sono tagliato perchè volevo stare meglio, non voglio morire”* oppure *“senza questa persona non posso vivere, la mia vita non ha senso”*; mentre nel primo esempio è possibile etichettare il comportamento come un agito autolesivo, nel secondo caso è evidente un intento suicidario. Frequentemente, però, è difficile fare questa distinzione: l'emozione di vergogna che molto spesso si accompagna a questo comportamento non permette alla

persona di rispondere sinceramente; altre volte la ricostruzione retrospettiva dell'accaduto può essere inficiata dalla presenza di stati confusionali o dissociativi. L'intento suicidario è, quindi, molte volte dedotto sia da comportamenti esterni o altri fattori come il livello di letalità ipotizzato dalla gravità delle ferite, sia dalle circostanze come ad esempio la probabilità di essere scoperti o meno durante l'atto. L'autolesionismo è, quindi, differente dal suicidio ma ne costituisce un fattore di rischio, per esempio in uno studio su 89 pazienti adolescenti ricoverati Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006) hanno rilevato che il 70% dei soggetti che avevano recentemente praticato l'autolesionismo avevano anche tentato, almeno una volta, il suicidio durante l'arco della loro vita.

### **Prevalenza**

Conoscere quanto sia diffuso il fenomeno di autoferimento o *NSSI* è molto importante sia per i ricercatori che per i clinici al fine di prevenire e curare questo fenomeno. Effettuare questa stima è, però, un'impresa difficile per numerose ragioni: l'assenza di una definizione univoca che, come abbiamo visto, è alcune volte iperinclusiva e altre sottoinclusiva (questo implica varie complicazioni nella comparazione dei diversi studi); la problematicità delle persone ad ammettere di aver compiuto un gesto di autolesionismo; il limite della fonte utilizzata, come, ad esempio, referti medici, cartelle cliniche o report della polizia, i quali prendono in considerazione solamente quei casi in cui è stato necessario un intervento di tipo medico legale, escludendo tutti gli altri casi di autolesionismo "più leggero" che non lo richiedono; la difficoltà nel distinguerlo da un gesto suicidario.

Il primo studio epidemiologico del fenomeno è stato compiuto da Favazza e Conterio nel 1988. I due ricercatori stimarono la prevalenza annuale del fenomeno nella popolazione generale pari a 750 su 100000; sale invece a 1800 individui su 100000 se si prendono in considerazione i soggetti di età compresa tra i 18 e 35 anni, range di età in cui questo comportamento è maggiormente diffuso. Nell'analisi dei vari studi recenti la diffusione del fenomeno varia molto a seconda delle diverse popolazioni esaminate per quanto riguarda la popolazione "normale"; mentre, nel contesto della popolazione clinica, le ricerche mostrano che il fenomeno interessa circa il 60-80% dei pazienti (Nock e Prinstein, 2004; Ross e McKay, 1979).

L'età media di inizio del comportamento di autolesionismo è 14 anni, quindi, se si considera il comportamento di *NSSI* nella popolazione adolescente le percentuali di prevalenza sono più elevate rispetto al resto della popolazione. La revisione della letteratura effettuata da Muehlenkamp e al. (2012), che comprendente l'analisi di 52 ricerche effettuate in diversi stati del mondo su

popolazioni di adolescenti, pone in risalto che questo fenomeno è notevolmente cresciuto negli ultimi anni. Le percentuali di prevalenza sono diverse a seconda della nazione di provenienza ma ancor più a seconda che i dati siano ottenuti attraverso un singolo item a risposta dicotomica o attraverso item multipli o una checklist comportamentale: nel primo caso si individua una prevalenza del 12,5% mentre negli altri casi del 23,6%. Per quanto riguarda l'Italia (Cerutti et al., 2011) in un campione di 234 adolescenti si è riscontrata una prevalenza del comportamento di autolesionismo del 42%. Il fenomeno in Italia è alquanto sconosciuto e le ricerche di diffusione di questo comportamento sono poche e molto recenti. Da un'analisi non sistematica di diversi blog in Internet (es. <http://aaof.forumcommunity.net/?t=4089441>; <http://sibric.wordpress.com/> <http://vitadiunateen.blogspot.it/2013/06/la-mia-storiaautolesionismo.html>) si intuisce, però, che il fenomeno è diffuso e preoccupante e molti ragazzi non sanno a chi chiedere aiuto e a chi rivolgersi.

*“E' capitato con una spontaneità agghiacciante, come un istinto naturale, ti risvegli da ciò che hai fatto solo dopo ed è già tardi, sai che tornerai a farlo. a diciotto anni, un giorno, mi chiusi in bagno e con una bomboletta di lacca cominciai a colpirmi l'occhio, mi si era gonfiato tutto lo zigomo, sapevo, mentre colpivo che non sarebbe esistita una scusa valida per nascondere la cosa, ma non m'importava, ero brava a far credere alla gente ciò che volevano credere. Ora ho 31 anni, sono una bella ragazza, solare, piena di aspirazioni, impegni, con una vita sentimentale difficile, con rapporti familiari interrotti. A guardarmi non ci si potrebbe credere, sono una ragazza così divertente eppure so di avere un segreto orribile. Mi procuro dei tagli e quando lo faccio sto bene, questo è il punto, questa è la mia medicina. È uno sfogo pericoloso ma essenziale per me, mi sembra quasi di farmi del bene, mi sembra di coccolarmi, il bruciore, la pelle che tira sotto gli indumenti, i segni che rimangono quasi non mi appartengono o forse fanno talmente parte di me che non ci bado. So di non volere morire, amo vivere, non sapevo avesse un nome il mio "segreto", che fosse vissuto anche da altri, che potesse essere una patologia. Aiutateci a saperne di più, vorrei sapere se esiste a Milano un centro di ascolto per i cosiddetti "autolesionisti", se posso conoscere persone che hanno il mio stesso problema.”*

*“Ho sempre cercato di farmi male, per tenermi viva, ma solo ora ho scoperto di cosa si tratta. Da piccola a scuola mi arrampicavo sulla lavagna e mi gettavo per terra sulle ginocchia; per un periodo non ho fatto altro che cercare il modo di farmi male senza "sentire dolore", ma prima di arrivare a qualcosa che mi stordisse solamente ma che mi facesse sentire tanto viva quanto morta dentro, ho iniziato a tagliarmi nelle braccia, non sono mai arrivata a sanguinare ma le mie braccia sono un ammasso di cicatrici, il che è molto difficile da spiegare a chi non sa la verità, soprattutto*

*al mio insegnante di pianoforte. Poi ho smesso quando ho iniziato a farmi le canne, e da lì sono passata alle droghe pesanti. Ho smesso circa otto mesi fa di farmi, circa 2 mesi fa ho ricominciato a tagliarmi. La mia vita è un inferno, ma non perchè mi tagli, perchè non riesco a sopportare l'entità delle mie emozioni siano esse negative o positive. Diventa tutto così assurdo e surreale, come si fa a vivere in questo modo? Io proprio non ci riesco, e l'unica cosa che mi da sollievo è tagliarmi, se non avessi questo sfogo, o qualsiasi altra forma di sfogo che tenda all'autolesionismo, sento che non sopravviverei per più di in un minuto in questo mondo. Ma sono anche stanca di dover trovare centomila scuse ai miei tagli, per una volta nella mia vita vorrei essere libera di dire "si mi sono tagliata". Ma la gente non capirebbe. Oramai per me è solamente un rito, come pregare aiuta la gente che crede in Dio, mi chiudo nel bagno, accendo le mie candele profumate, sistemo tutto come se fossi in una sala operatoria, e poi inizio a concedermi quel gustoso dolore che mi permettere di rimettere insieme tutti i pezzi di un puzzle che è stato soffiato via da qualche sconosciuto. Spero che questo sito aiuti persone che non hanno la benchè minima idea di cosa sia per quelli come me vivere nella morte..."*

*"non so bene cosa dire...ho 17 anni e mi taglio da quando ne ho 13, non regolarmente, a volte smetto x mesi, ma la voglia c'è, è radicata dentro di me, è alla base di tutte le mie emozioni, dei miei rapporti con le altre persone. ma questo non mi fa paura, è "piacevole" sentire ke c'è qualkn altro ke prova le mie stesse identiche emozioni, che capisce che quella pentola a pressione che è dentro di noi necessita assolutamente di essere aperta per far uscire tt il vapore...ed è un pò come succede a me. mi ritengo una persona molto forte, sola, ma forte. la mia solitudine mi ha forgiato costringendomi a chiudermi in un castello in cui posso entrare solo io. il castello del rituale maledetto, delle lamette, del sangue, del dire "nessuno potrà mai farmi più male di quanto me ne possa fare io" e allora continuo, perchè il bisogno di sentirsi invincibili è molto più grande del bisogno di sentirsi normali. Vorrei che questa "patologia" fosse accettata dalla società, perchè non è altrettanto autolesionistico fumare o bere? e perchè io nn posso dirlo e mi devo nascondere quando poi in fondo tutti intorno a noi hanno dei propri vizi, manie che per quanto piccole, diverse, perverse, o malate ci differenziano. stando male imponiamo il nostro essere, essere vivi in un modo nostro, che ci ricorda che siamo vivi quando ci sentiamo troppo morti. non so che consigli dare a chi vuole smettere...una volta ho parlato con uno psicologo mi ha inquadrato subito, e non mi sono mai sentita così debole e fragile...posso dirvi solo che preferisco controllarmi da sola, la mia autonomia e la mia intelligenza sono le uniche cose che probabilmente un domani mi aiuteranno a smettere. grazie ancora dei commenti lasciati".*



### **Caratteristiche e funzioni**

Le tre testimonianze sopra riportate apportano degli spunti di riflessioni che sono state oggetto di studio di molti teorici.

Favazza (1996) è uno dei maggiori teorici del comportamento autolesionistico e apre delle prospettive di veduta non prese in considerazione dai precedenti autori. Nei suoi primi anni di studio, inizia a considerare l'atto autolesionistico come avente uno scopo positivo. La prima ragazza da noi citata pone lucidamente in risalto questo aspetto quando essa dice: *“E' uno sfogo pericoloso ma essenziale per me, mi sembra quasi di farmi del bene, mi sembra di coccolarmi”*. Favazza, attraverso i suoi studi antropologici dei comportamenti autolesionistici, da lui definiti culturalmente accettati, scopre una caratteristica importante che li accomuna ai comportamenti autolesionistici culturalmente non accettati: avere la finalità di ottenere particolari benefici, e considera ciò una forma di auto-aiuto, come si evince anche dalla seguente affermazione di una persona autolesionista che scrive nel blog, di cui ho riportato già nel paragrafo precedente alcuni eloquenti passaggi, tra i quali: *“Mi procuro dei tagli e quando lo faccio sto bene, questo e' il punto, questa e' la mia medicina”*.

La maggior parte degli individui che attuano l'autolesionismo riportano che il loro intento è quello di regolare le proprie emozioni (Klonsky, 2007): *“Non riesco a sopportare l'entità delle mie emozioni siano esse negative o positive”*. La Linehan (1993) teorizza che l'invalidazione emotiva dell'ambiente insegna al bambino strategie povere di coping verso lo stress emotivo. Gli individui che hanno “subito” un ambiente invalidante durante l'infanzia o/e sono predisposti biologicamente verso una instabilità emotiva sono meno abili a gestire le proprie emozioni e usano strategie di coping “maladattive” come il self injury. La regolazione delle proprie emozioni può essere suddivisa in due categorie: la maggior parte degli autolesionisti intendono diminuire l'intensità delle proprie emozioni (Favazza, 1996; Walsh e Rosen, 1988; Brown, Comtois e Linehan, 2002; Klonsky, 2007; Nock, 2010) e, in particolare gli studi identificano la rabbia, la vergogna o la colpa, l'ansia, la tensione o il panico, la tristezza, la frustrazione, il disprezzo come emozioni maggiormente poco tollerate (Favazza e Conterio, 1989; Shearer, 1994; Klonsky, 2007); una minoranza, invece, utilizza questo comportamento al fine di poter provare delle sensazioni e quindi uscire da un vissuto di vuoto e di noia o di venir fuori da uno stato dissociativo (Conterio e Lader, 1998; Shapiro e Dominiak, 1992; Simeon e Hollander, 2001). “Punire se stessi” è un'altra finalità sostenuta dalla ricerca (Klonsky, 2007), in questo caso il *self injury* è l'espressione comportamentale della rabbia auto diretta. Linehan (1993) ipotizza che gli individui auto-mutilanti hanno appreso dal loro ambiente a punire o invalidare se stessi, per cui questo comportamento

risulta familiare e ego-sintonico. Altre funzioni che hanno meno riscontro scientifico sono: la funzione di “anti-dissociazione” (Gunderson; 1984) secondo cui attraverso il *Self Injury*, e in particolare attraverso la vista del sangue o la sensazione fisica, l’autolesionista esce fuori da uno stato dissociativo; la funzione di “anti-suicidio” che considera il *Self Injury* l’espressione di un pensiero suicidario senza sperimentare rischi di morte (Suyemoto, 1998); la funzione di “influenza interpersonale” che pone in risalto l’intento di influenzare e manipolare l’ambiente (Chowanec, Josephson, Coleman, & Davis, 1991); la funzione di “confini interpersonali” che interpreta il *Self Injury* come una pratica per affermare i propri confini del sé (Suyemoto, 1998); e quella di ricerca di “sensazioni forti”, ossia quel modello che descrive l’autolesionismo come un comportamento che genera forti sensazioni di eccitazione (Shearer, 1994). Ritornando quindi a considerare la funzione maggiormente accreditata, ossia quella di regolazione emotiva, il comportamento di autoferimento generalmente è preceduto da uno stato di *arousal* e presenza di acute emozioni negative, e queste ultime decrescono nella loro intensità dopo l’azione di autoferimento con concomitante sensazione di sollievo (Klonsky, 2007). La ripetitività di un gesto autolesivo è collegata alle soddisfazioni che l’individuo trae dall’attuazione del comportamento e l’immediato senso di distensione è uno degli effetti positivi più frequenti di un atto autolesionistico (Vandereycken e Claes, 2009). L’effetto tuttavia è molto breve e presto l’individuo ritornerà allo stato d’animo precedente, e si renderà conto delle conseguenze negative del suo gesto. Ma qual è o quali sono i meccanismi che sottostanno alla riduzione delle emozioni negative e dell’*arousal*?

Una delle ipotesi proposte è la distrazione: l’individuo attua l’autolesionismo perché non riesce a vivere determinate esperienze e emozioni, così ricerca con esso qualcosa che distolga la sua attenzione da questi vissuti, molti autolesionisti lo descrivono come un dolore fisico sostitutivo più facilmente tollerabile (Stanley e Brodsky, 2010). “.....*come si fa a vivere in questo modo? Io proprio non ci riesco, e l'unica cosa che mi da sollievo è tagliarmi, se non avessi questo sfogo, o qualsiasi altra forma di sfogo che tenda all'autolesionismo, sento che non sopravviverei per più di in un minuto in questo mondo.*”. Altre teorie enfatizzano gli effetti biologici del *self injury*: le endorfine prodotte quando qualcuno si fa male generano sollievo e hanno la funzione di alleviare il dolore e indurre piacere (Stanley e al., 2010). I più comuni metodi di autolesionismo sono: tagliarsi, grattare e incidere la pelle; escoriazione di ferite; mordere se stesso; bruciare se stesso; sbattere la testa; incidere la propria pelle; altri metodi (es. ingerire oggetti, tirarsi i peli, inserirsi oggetti sotto la pelle) (Favazza 1996; Walsh e Rosen, 1988; Alderman, 1997; Conterio e Lader, 1998; Simeon e Hollander, 2001; Klonsky, 2007; Nock, 2010). Generalmente appare che la metodica dei tagli è quella più utilizzata (Favazza e Conterio, 1988). La maggior parte degli individui usa più di un

metodo (Favazza e Conterio, 1988) e secondo Walsh (2012) questo è correlato a due variabili: preferenza e circostanze. Alcuni autolesionisti utilizzano un metodo perché lo prediligono ad altri; ad esempio, alcuni di loro riferiscono che generalmente usano tagliarsi quando sono ansiosi, mentre si bruciano quando sono arrabbiati, altri raccontano di utilizzare i tagli quando dissociano e di mordere se stessi quando sono arrabbiati. Le possibilità di associazione tra metodica e emozione sono infinite ed è importante indagarle durante l'assessment. Altre volte la scelta della metodica è più condizionata dalle circostanze che da una preferenza individuale: se l'autolesionista non ha a disposizione degli strumenti come lamete, sigarette o in generale qualsiasi oggetto che possa permettergli di tagliarsi o bruciarsi, perché confiscati, utilizzerà altre metodiche a sua disposizione come il mordersi. Non è ancora chiaro se l'autolesionismo sia più presente tra gli uomini o tra le donne, infatti alcuni studi ritengono che sia maggiormente presente nel sesso femminile (Ross e Heath, 2002), mentre altri non trovano differenze significative tra i sessi. Gli studi sul comportamento autolesionistico e variabili psicopatologiche sono diversi e numerosi. L'autolesionismo diretto è stato frequentemente rilevato essere associato ad autolesionismo indiretto; ad esempio, è stato individuato il disturbo alimentare come uno dei predittori di NSSI (Walsh, 1987; Favaro e Santonastaso, 1989). Nello studio di Favazza e al. (1989) in un campione di 65 autolesionisti il 50% avevano avuto in passato o nel presente dei disturbi alimentari di cui il 15% anoressia nervosa, il 22% bulimia e il 13% entrambe. Un'altra importante relazione è tra NSSI e utilizzo di sostanze (Simeon e Hollander, 2001; Linehan, 1993; Alderman, 1997): l'effetto di modulazione emotiva dato dalla sostanza per molti individui può completare l'effetto di riduzione di tensione derivante dal comportamento autolesionistico diretto (Walsh, 2012). Le persone con disregolazione emotiva tendono a ricercare un sollievo attraverso multiple modalità: alcune volte lo fanno attraverso l'autoferimento, altre volte tramite l'uso di sostanze. Nel passato lo studio del comportamento di autoferimento avveniva nei seguenti gruppi di popolazione: pazienti ambulatoriali con malattia mentale (Linehan, 1993; Alderman, 1997); pazienti che si presentavano al pronto soccorso psichiatrico (Morgan e al., 1975); persone con gravi e croniche malattie mentali in programmi di ospedalizzazione temporanea (Deiter e al., 2000); adulti con gravi e croniche malattie mentali che vivevano in comunità residenziali; pazienti presi in carico o residenti in strutture psichiatriche o penali (Conterio e Lader, 1998); giovani partecipanti a programmi educativi speciali, trattamento residenziale o programmi di detenzione giovanile (Ross e MacKay, 1979; Rosen e Walsh, 1989), detenuti (Virkkunen, 1976;). Naturalmente non sorprende che questo tipo di popolazione avesse un più alto tasso di psicopatologia rispetto alla popolazione generale: in primo luogo veniva riscontrato una grossa percentuale di presenza del disturbo di Personalità

Borderline (Linehan, 1983); Disturbo post Traumatico e da Stress (Simeon e Hollander, 2001), anoressia nervosa e bulimia (Walsh e Rosen, 1988; Favazza e Conterio, 1988); depressione (Ross e Heath, 2002); disturbi d'ansia (Ross e Heath, 2002); disturbo ossessivo compulsivo (Gardner e Gardner, 1975); personalità antisociale (McKerracher, Loughnane e Watson, 1968); e vari tipi di psicosi (Menninger 1938; Favazza, 1987; Walsh e Rosen, 1988). Dal 1960 al 1980 si riteneva, quindi, che chi praticava l'autoferimento soffrisse di gravi patologie psichiatriche- psicologiche e handicap funzionali che si riflettevano in una compromissione della loro vita sociale e in ridotte prestazioni scolastiche. Il tutto veniva ricollegato ad esperienze traumatiche durante l'infanzia come abuso sessuale (Walsh e Rosen, 1988) o abuso fisico (Van der Kolk e al., 1996); separazione genitoriale o perdita di un genitore; essere stati esposti a violenza familiare, alcolismo, malattia mentale e suicidio (Walsh e Rosen, 1988). Questo tipo di approccio cambia alla fine degli anni 90 quando il comportamento di NSSI inizia a comparire, o forse meglio a essere osservato, in altri tipi di popolazione che non rientravano nei profili precedentemente elencati. È quindi, cresciuto il numero di ricerche riguardante l'NSSI in popolazioni di adolescenti, includendo gli studenti della scuola primaria e secondaria.

#### **Adolescenza e autoferimento descrizione di un modello cognitivo**

Anche se le ricerche recenti suggeriscono che il fenomeno di autolesionismo è in notevole crescita, specialmente nella popolazione adolescenziale, (Hawton, Fagg, Simkin, Bale, e Bond, 1997), l'analisi di esso è ancora al suo stadio iniziale. La maggior parte della letteratura si è concentrata sull'indagine delle diagnosi psicologiche ad esso correlate, della frequenza, delle modalità e delle potenziali funzioni, ma poco si è indagato sui processi che spiegano come e perchè gli individui che sperimentano particolari difficoltà nella gestione emotiva di fronte a fattori di stress iniziano ad autoledersi. Oltre alla funzione di regolazione emotiva, nella popolazione adolescenziale assume un ruolo prioritario la funzione interpersonale (Nock e Prinstein, 2004) utilizzata per sopprimere uno stimolo sociale indesiderato (lite genitoriale, colpevolizzazione del ragazzo) o incoraggiare uno stimolo desiderato (attirare l'attenzione). Il ruolo del contesto sociale durante l'adolescenza, sia nella sua declinazione di aiuto interpersonale sia in quello di fattore di stress, diventa molto importante. Gli adolescenti che percepiscono scarso supporto familiare o dei compagni o di altre figure per loro importanti, possono essere meno inclini a usare strategie di regolazione emotiva adattive durante periodi di stress e quindi sono a rischio di NSSI (Prinstein, 2008). Cochrane e Robertson (1975) dimostrano che il gruppo che pratica l'autolesionismo ha sperimentato nell'anno precedente esperienze spiacevoli e/o eventi stressanti con frequenza

maggiore rispetto al gruppo di controllo, e in questo caso si parla di eventi stressanti di tipo interpersonale. I fattori di trigger individuati da Hawton & Harriss, (2006) sono: senso di solitudine, rifiuto interpersonale o perdita, conflitto con un membro della famiglia, con qualche coetaneo, liti con il partner o figure adulte che rappresentano l'autorità. Come abbiamo visto precedentemente, la ricerca ha dimostrato che la funzione con maggior credito è quella di regolazione emotiva, per cui i ricercatori si sono anche interessati ad indagare i fattori di rischio intrapersonali: è stata, quindi, comprovata l'associazione tra sintomi depressivi e NSSI (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

Ma come interagiscono questi due funzioni tra di loro? Il modello cognitivo di vulnerabilità allo stress ci spiega come i fattori di stress possano intervenire nella nascita di una psicopatologia depressiva (Riskind & Alloy, 2006): gli individui che hanno una predisposizione ereditaria alla depressione, quindi strutture o stili cognitivi negativi (es.: inclinazione a rimarcare le cause negative degli eventi, dichiarazioni negative su di sé, visione negativa di sé, del mondo e del futuro), alla presenza di eventi stressanti operano dei processi mentali che gli conferiscono vulnerabilità a sviluppare e mantenere la depressione stessa. Brevemente, la teoria cognitiva della depressione ipotizza che la modalità in cui l'individuo interpreta e ricorda gli eventi della vita contribuisce alla nascita e al mantenimento dei sintomi depressivi. Questo modello ha ricevuto molta attenzione, e numerose ricerche supportano l'associazione tra vulnerabilità allo stress e futuri sintomi depressivi nella popolazione adulta (Abramson et al., 2002; Ingram, Miranda, & Segal, 1998; Scher, Ingram, & Segal, 2005.), ma anche nella popolazione adolescente (Hilsman & Garber, 1995; Lewinsohn, Joiner, & Rohde, 2001; Lakdawalla, Hankin, & Mermelstein, 2007). Come la depressione e l'interazione tra schemi negativi e eventi stressanti agiscono nel mantenimento del comportamento di autolesionismo? La ricerca di Guerri e Prinstein (2010) ha cercato di spiegare ciò analizzando un campione di 143 adolescenti di età compresa tra i 12 e 15 anni ricoverati in una struttura psichiatrica. Lo studio è di tipo longitudinale ed il gruppo veniva sottoposto a test 2-o 3 giorni dopo la loro ammissione alla clinica, e a 3-6-9- 15 e 18 mesi dopo la prima misurazione. I test prevedevano la valutazione del grado di NSSI, lo stile attribuzionale, eventi interpersonali di vita e depressione. I risultati indicano che i due terzi del gruppo di adolescenti aveva ricorso all'NSSI durante l'anno prima del ricovero in clinica. L'NSSI diminuisce di frequenza nei 3 mesi seguenti l'ospedalizzazione e rimane relativamente bassa sino ai 18 mesi di follow up. Alti livelli di sintomi depressivi iniziali erano associati ad alti livelli di NSSI; ulteriormente il livello di depressione iniziale è il miglior predittore dell'aumento o remissione dell'NSSI nei 6 mesi seguenti all'ospedalizzazione: un alto livello di depressione iniziale prediceva un'attenuata remissione

dell'NSSI. Tra i 9, 15 e 18 mesi al follow up il miglior predittore era, invece, l'interazione tra fattori di stress e stile attribuzionale negativo non mediato dai sintomi depressivi; quest'ultimo dato ci indica che i soggetti che possiedono uno stile attribuzionale di tipo negativo copresenti con eventi interpersonali stressanti tendono a ricorrere all'autolesionismo, tra i 9 e 18 mesi al follow up, più frequentemente rispetto ai soggetti con stile attribuzionale adattivo e pochi eventi stressanti. Questa ricerca ha delle implicazioni cliniche importanti: infatti suggerisce che probabilmente i soggetti adolescenti che ricorrono all'NSSI soffrono di una particolare disregolazione emotiva non spiegabile semplicemente dai sintomi depressivi. Secondo i ricercatori presumibilmente gli individui che sperimentano dei fattori di stress e li interpretano come dovuti a una causa interna stabile e globale non sono solamente a rischio di sintomi depressivi ma forse possiedono schemi di reattività allo stress che li conducono all'utilizzo di comportamenti maladattivi come l'NSSI. Ad esempio, altri studi recenti (Armeij e Crowther, 2008; Crowell et al., 2008), i quali misurano la tolleranza della sofferenza e il livello di arousal, dimostrano che adolescenti e adulti che ricorrono all'NSSI sperimentano alti livelli di emozioni negative e bassi livelli di tolleranza della sofferenza. Questi dati comunque suggeriscono che la predizione e prevenzione dell'NSSI sono possibili.

### **Trattamento**

Non ci sono ricerche che supportano il trattamento di NSSI, ma comunque molto è stato appreso dagli studi sul trattamento di quelle popolazioni in cui l'NSSI è comune. In generale un trattamento efficace per l'NSSI enfatizza un assessment delle funzioni, un training sulla risoluzione dei problemi e la regolazione emotiva (Klonsky e al. 2011). Approcci specifici che sono ritenuti adatti al trattamento dell'NSSI sono la DBT, la terapia del problem solving, la terapia cognitivo comportamentale, e l'assessment funzionale. Vengono comunque proposte delle indicazioni di trattamento. Ad esempio Klonsky e al. (2011) ritengono prioritario capire le motivazioni che stanno alla base del comportamento di autolesionismo attraverso un rapporto di riservatezza e sensibilità. Gli autori partono dal presupposto che le due funzioni primarie di questo comportamento sono quelle di regolazione emotiva e di punizione del sé e quindi ritengono importante indagare le emozioni che spingono ad autoledersi. Secondo Klonsky è importante che gli psicologi sappiano maneggiare le reazioni, come il disgusto o il disprezzo, che potrebbero danneggiare il rapporto e la fiducia del cliente. Adottare una curiosità rispettosa, potrebbe aiutare lo psicologo nel porre le domande in un modo che massimizza il rapporto e il confort del cliente. L'assessment deve essere sistematico e include l'indagine dell'inizio del comportamento, la frequenza, il grado di gravità medica, gli antecedenti, le conseguenze e le idee suicidiarie e nel farlo possono essere utilizzati degli

strumenti diagnostici (Nock e al 2007). Il livello di trattamento (paziente ricoverato o meno, no trattamento con monitoraggio) deve essere organizzato in base al rischio suicidario: nel caso in cui l'ideazione suicidaria è severa, la cura dei pazienti deve essere effettuata in ricovero e dovrebbe essere indirizzata primariamente alla protezione della vita del paziente; se l'intento suicidario è assente o minimo, il paziente non deve essere ricoverato ma seguito in ambulatorio; se invece il soggetto ha ricorso all'autolesionismo solamente 1 o 2 volte, non è necessario un trattamento specifico ma solamente la supervisione da parte dei genitori o di chi se ne prende cura al fine di monitorare se il comportamento si ripete. Confondere l'autolesionismo con un intento suicidario può avere conseguenze pericolose come inappropriate ospedalizzazioni, questo, infatti, potrebbe portare il paziente ad avere serie difficoltà nel fidarsi del proprio terapeuta ma anche dei propri genitori o partner. Ma proprio perché l'NSSI è un fattore di rischio al suicidio, quest'ultimo va indagato approfonditamente: fattori come la non paura della morte accrescono la possibilità che venga compiuto un suicidio. L'assessment diagnostico deve essere eseguito in maniera accurata in modo da non fare diagnosi errate, come ad esempio quella di disturbo borderline di personalità, infatti questo potrebbe essere deleterio nella comprensione del paziente e nel trattamento.

#### **Dalla sindrome di autoferimento intenzionale all'inclusione dell'NSSI nel DSM V**

L'autolesionismo appare nel DSM IV TR (2002) come criterio diagnostico del Disturbo borderline di personalità ed è inserito tra i "disturbi da movimenti stereotipati" descritti come "comportamenti motori ripetitivi apparentemente intenzionali e afinalistici"; al clinico è richiesto di specificare "con comportamento autolesivo" se "il comportamento causa danni corporei che richiedono trattamento specifico (o potrebbe causare danni corporei se non venissero usate misure protettive)" ed esso è ricollegato al ritardo mentale.

Nell'ultimo decennio è ricco il dibattito sulla necessità di inserire l'autolesionismo come sindrome diagnostica indipendente.

Questa proposta trova i suoi antesignani in alcuni studiosi del passato, infatti il riconoscimento del comportamento di autolesionismo come sindrome appare in Graff e Malin (1967) nella loro analisi del *wrist cutting syndrome*, sindrome da taglio dei polsi. Gli autori descrivono il gruppo che pratica queste condotte composto da donne intelligenti, attraenti e non sposate, promiscue ma con paura della sessualità, che hanno delle tendenze di dipendenza e difficoltà a relazionarsi agli altri, hanno delle madri dominanti e fredde e dei padri passivi e ipercritici. Queste donne attuano il comportamento di taglio dei polsi indiscriminatamente e in maniera ripetuta come provocazione, ma senza voler commettere un suicidio.

Pao (1969) introduce il termine *Delicate self-cutting* per individuare i tagli superficiali che giovani donne infliggono a se stesse quando hanno paura dell'abbandono e li differenzia dai tagli "grossolani" che vengono effettuati da una popolazione anziana che spesso soffre di problemi psichici.

Questi lavori stimolano il pensiero di Pattison e Kahan (1984) che propongono la "Sindrome di autoferimento intenzionale". Con questo termine si riferiscono a quel comportamento di autolesionismo che generalmente nasce nella tarda adolescenza e si sviluppa in episodi ripetuti e diverse tipologie, continuando per molti anni; si tratta di un comportamento che ha bassa letalità e i cui quattro sintomi psicologici predominanti sono ansia, disperazione, rabbia, restringimento delle funzioni del processo cognitivo. I fattori predisponenti alla sindrome di autoferimento intenzionale sono: scarso supporto sociale, omosessualità, abuso di alcool e droghe, ideazione suicidaria, depressione e psicosi.

Secondo gli autori questa sindrome dovrebbe essere inclusa all'interno del DSM IV e classificata come disturbo del controllo degli impulsi.

Pattison e Kahan (1984) propongono una classificazione del comportamento autolesivo secondo tre variabili.

- 1) *Direzionalità*. il comportamento autolesivo diretto si svolge in un breve lasso di tempo ed il soggetto che lo attua ha piena consapevolezza degli effetti del comportamento e il suo intento cosciente è quello di farsi del male; quello indiretto è presente per un lungo ed esteso lasso di tempo e il soggetto non ha un intento cosciente di farsi del male;
- 2) *Potenziale di letalità*. Grado di possibilità che il comportamento sia fatale classificandolo in elevata-media bassa letalità;
- 3) *Ripetitività*. Classifica il comportamento da singolo episodio a ripetuto.

	DIRETTO	INDIRETTO
ELEVATA LETALITA'	Tentato suicidio EPISODIO SINGOLO	Porre fine ad un trattamento vitale EPISODIO SINGOLO
MEDIA LETALITA'	Tentato suicidio EPISODI RIPETUTI	Comportamenti ad alto rischio EPISODI RIPETUTI
	Atypical o major self injury EPISODIO SINGOLO	Acuto stato di ebbrezza EPISODI RIPETUTI
BASSA LETALITA'	Self Injury comune EPISODI RIPETUTI	Alcolismo cronico grave obesità EPISODI RIPETUTI

**Tabella 2.** Classificazione dei comportamenti auto lesivi di Pattison e Kahan (1983)



I comportamenti diretti, di bassa letalità e con episodi ripetuti costituiscono il *Deliberate Self Harm Syndrome*. Questa sindrome è caratterizzata da:

1. improvvisi e ricorrenti impulsi a ferirsi e relativa incapacità di resistervi.
2. sensazione di trovarsi invischiati in una situazione intollerabile che non può essere né gestita né controllata.
3. crescendo di ansia agitazione e rabbia
4. restringimento delle funzioni del processo cognitivo, che produce una limitata consapevolezza della situazione e un'incapacità di trovare misure alternative all'autolesione
5. grande senso di sollievo subito dopo l'agito autolesivo
6. stato depressivo. Sebbene normalmente non sia presente l'ideazione suicidaria

Favazza e Conterio (1988) fanno riferimento al concetto proposto da Pattison e Kahan per identificare la *Sindrome di NSSI ripetitivo*. Le persone che presentano questa sindrome usano diversi metodi di autolesionismo, generalmente in privato, ed alcuni individui arrivano a autoledersi anche per ore e giorni attuando, alcune volte, dei veri e propri rituali; spesso descrivono questo comportamento come una dipendenza e richiedono aiuto per uscirne. Essa sorge alla fine dell'infanzia o all'inizio dell'adolescenza e dura generalmente per 10-15 anni; dopo la sua scomparsa si possono ritrovare degli episodi sporadici di autolesionismo. Essa è frequentemente correlata alla presenza del disturbo alimentare (anoressia o bulimia), oltre che a una storia di abuso d'alcool o cleptomania. Fattori predisponenti: sono l'abuso sessuale durante l'infanzia, o una storia di malattia o di interventi molto precoci, impulsività, alcolismo o depressione dei genitori, come anche aver vissuto in una istituzione totale. Altri fattori predisponenti sono: la predisposizione agli incidenti, il perfezionismo, l'insoddisfazione verso il proprio corpo o l'organo genitale, povertà nella risoluzione dei problemi, uno sguardo depressivo nei confronti della vita, limitate strategie di fronteggiamento dello stress e delle sensazioni sessuali, inabilità di tollerare o esprimere i propri sentimenti. I precipitanti più comuni sono la sensazione di essere rifiutato e situazioni che producono sentimenti di impossibilità di aiuto, rabbia, o senso di colpa.

Anche Tantam e Whittaker (1992) ritengono necessario la creazione di una categoria diagnostica separata per il ripetuto e deliberato autolesionismo, che sia quindi indipendente da una diagnosi di Disturbo borderline di personalità.

Varie ricerche degli ultimi anni pongono in evidenza un aumento del numero di adolescenti che praticano l'autolesionismo e che non soddisfano i criteri del disturbo borderline di personalità. Selby e al. (2012), nella loro ricerca, hanno come obiettivo quello di esaminare le caratteristiche dell'NSSI e confrontarlo con il DBP e altri disturbi di asse I al fine di individuare se l'NSSI è

un'entità diagnostica valida a sé stante . Gli autori individuano tre sottogruppi in un campione di 571 pazienti che hanno richiesto trattamento in una clinica generica: il primo gruppo era costituito da individui con comportamenti di NSSI senza diagnosi BDP, il secondo con diagnosi di BDP sia con NSSI che no e il terzo era formato da soggetti non afferenti né al primo né al secondo gruppo. La presenza di NSSI era costituita dall'individuazione dei seguenti criteri: presenza di 4 o 5 episodi nell'ultimo anno; presenza di almeno due delle seguenti motivazioni: riduzione dello stress; difficoltà a resistere all'impulso; frequente urgenza di utilizzare questo comportamento; utilizzo dell'NSSI per funzioni emotive, cognitive o sociali.

I risultati identificano delle differenze significative tra gruppo NSSI e gruppo di controllo: il primo era caratterizzato da più gravi sintomi depressivi, ansia e pensieri suicidari, maggiori tentativi di suicidio e meno tempo trascorso dal più recente tentativo. Il gruppo di NSSI non presenta "Disturbo di personalità non altrimenti specificato", e nemmeno di tricotillomania o problemi di movimento stereotipato. Questo gruppo presenta invece maggiormente diagnosi di disturbo dell'umore e bipolarismo, distimia, e disturbi di personalità di cluster A, alti livelli di abuso, cambiamenti di umore, conflitto con altri, strani pensieri o credenze e aggressività rispetto al gruppo di controllo. Differenze significative sono presenti anche tra gruppo NSSI e gruppo BDP, quest'ultimo ha maggiore presenza di donne e più alti livelli di abuso rispetto al gruppo NSSI. Questo studio pur avendo dei limiti pone in evidenza la differenza di caratteristiche del gruppo NSSI rispetto agli altri gruppi e quindi la necessità di una diagnosi separata al fine di individuare e proporre dei trattamenti clinici migliori.

Bain e Fedynich (2011) ribadiscono la ricchezza che potrebbe derivare da un'inclusione dell'NSSI come diagnosi nel DSM V: i clinici avrebbero degli strumenti maggiori per la diagnosi di questo comportamento; essi sarebbero maggiormente preparati su come intervenire nella cura e negli aspetti ad essa correlati; ciò potrebbe portare i ricercatori a intraprendere studi per ottenere maggiori informazioni in tale direzione.

Grazie a tutti gli studi effettuati nel corso degli anni, l'NSSI viene riconosciuto come fenomeno autonomo nel DSM V. Tale disturbo è stato inserito in questa categoria dei disturbi diagnosticati generalmente per la prima volta nell'infanzia, fanciullezza e adolescenza

I criteri diagnostici prevedono:

A) Nell'ultimo anno l'individuo, per 5 o più giorni, è stato impegnato in intenzionali atti autolesionistici danneggiando la superficie del suo corpo e provando una sorta di piacere nel procurarsi ferite, contusioni o dolore; tali atti non sono stati attuati per scopi socialmente sanciti (piercing, tatuaggi ecc...), ma con la convinzione che l'atto conduca solo ad un male fisico lieve o moderato. L'assenza dell'intento suicidario è confermata sia dalle affermazioni del paziente sia dai metodi utilizzati, che in questo caso non hanno potenziale letale.

B) L'atto intenzionale è associato ad almeno 2 dei seguenti:

1. pensieri o sentimenti negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, disagio generalizzato, autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente

l'atto autolesionistico;

2. un periodo di preoccupazione prima di commettere l'atto relativo alla difficoltà di resistere a tale comportamento;

3. il forte desiderio di ricorrere all'autolesionismo è frequente;

4. l'atto è compiuto con uno scopo; questo potrebbe

essere il sollievo da uno stato d'animo o un

pensiero negativo o una difficoltà interpersonale o l'induzione di uno stato d'animo positivo. Il paziente afferma che ciò accade sia durante che immediatamente dopo l'atto autolesionistico.

C) Il comportamento e le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o impedimenti nelle relazioni interpersonali o nelle altre importanti aree di funzionamento.

D) I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante stati di psicosi, deliri o intossicazione. Negli individui con un disordine dello sviluppo, il comportamento non fa parte dello schema delle stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio giustificato da un altro disordine mentale o da altra condizione medica.

<http://rossimonti.altervista.org/backup/images/stories/doc/dsmcinque.pdf>

### **Conclusioni**

In queste pagine ho esaminato quel comportamento non socialmente accettato che implica l'alterazione deliberata e diretta della superficie corporea senza un intento suicidario e che ho indicato con il termine italiano "autoferimento". Dopo aver passato in rassegna la terminologia utilizzata per indicare il comportamento di autolesionismo in generale e di autoferimento in particolare, ho analizzato la diffusione di tale fenomeno e quindi le sue caratteristiche e funzioni.

Prima degli anni '90, come ho già detto, l'autolesionismo veniva studiato, in particolare, nella popolazione clinica che per circostanza presentava un alto tasso di psicopatologia e in particolare il Disturbo Borderline di Personalità. L'autolesionismo veniva quindi interpretato, di conseguenza, come un sintomo di un disturbo (Favazza, 1996). Dopo gli anni '90 si assiste alla sua diffusione del fenomeno anche nella popolazione normale e in particolare in quella adolescenziale. Gli studiosi hanno iniziato a cambiare prospettiva di analisi e quindi a considerare l'NSSI come un comportamento nocivo al servizio di diverse funzioni sia interpersonali che intrapsichiche (Nock, 2009) e non più come sintomo psicopatologico. Non sorprende che la funzione di regolazione emotiva fosse prevalente nella popolazione clinica: infatti, in questo tipo di popolazione sono note le difficoltà nel verbalizzare e adattarsi a stati emozionali negativi; ma questa funzione appare evidente anche negli adolescenti in cui sono stati rilevati un'alta difficoltà nella tolleranza dello stress e alti livelli di reattività fisiologica di fronte a una situazione stressogena. Questa funzione, in adolescenza, viene affiancata alla funzione interpersonale: fattori di *trigger* o di vulnerabilità all'NSSI sono di tipo relazionale. Sulla base di queste ultime considerazioni è evidente che la ricerca si debba concentrare nello studio e nell'analisi dei fattori che promuovono la disregolazione emotiva e i deficit cognitivi e sociali: questo, infatti, fornirebbe importanti informazioni sui fattori di rischio che stanno a monte del comportamento autolesionistico. Da tali considerazioni è conseguita la mia scelta di presentare il modello proposto da Guerri e Prinstein (2010). Gli autori riprendono il modello cognitivo della depressione di vulnerabilità allo stress per spiegare come la depressione e l'interazione tra schemi negativi del sé, del mondo e del futuro in concomitanza a fattori di stress agiscono nel comportamento di NSSI. Tale studio descrive come le variabili, precedentemente citate, o l'interazione di esse agiscono in maniera differente durante l'arco temporale analizzato. Da qui si evince l'esigenza di studiare questo fenomeno dal punto di vista longitudinale, al fine di fornire dettagliate e fondamentali informazioni utili al suo trattamento. L'annessione della sindrome di autoferimento come categoria psicopatologica indipendente nel DSM V è stato il frutto di varie ricerche che supportavano la visione dell'autoferimento come comportamento al servizio di diverse funzioni. Si auspica che la presenza dell'NSSI nel DSM V possa portare ad un maggiore investimento economico e di risorse nella ricerca, aiutando così i clinici ad individuare il miglior trattamento possibile e le migliori strategie preventive. Questa analisi non ha la pretesa di essere esaustiva e conclusiva; l'argomento è talmente variegato e complesso che racchiudere la sua completa descrizione in poche pagine sarebbe un'impresa impossibile; spero comunque di aver dato degli spunti di riflessione importanti e invito il lettore interessato a far riferimento alla bibliografia proposta qui di seguito.

## Bibliografia

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Donovan, P., Rose, D. T., Panzarella, C., & Raniere, D. (2002). Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence. In R. L. Leahy & E. T. Dowd (Eds.), *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application* (pp. 75-92). New York: Springer Publishing Co.
- Alderman, T. (1997). *The scarred soul: Understanding and ending self inflicted violence*. Oakland, CA: New Harbinger.
- American Psychiatric Association (2002). *Dsm-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text- revision*, Ed. Elsevier Masson: Milano.
- Armey, M. F., & Crowther, J. H. (2008). A comparison of linear versus non-linear models of aversive self-awareness, dissociation, and nonsuicidal self-injury among young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 9-14.
- Bain, S. & Fedynich L. (2011). *Therapy on the Cutting Edge: Supportive Perspectives of the Inclusion of Self-Injury in the DSM-V*. Conference and Exposition, March 23-27, 2011 New Orleans, LA.
- Bain, S. & Fedynich, L. V. (2011). *Therapy on the Cutting Edge: Supportive Perspectives of the Inclusion of Self-Injury in the DSM-V*. Paper presented at meeting of meeting of the American Counseling Association. New Orleans, LA.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non suicidal self injury in women with borderline personality disorder. *Journal for Abnormal Psychology, 111*, 198-202.
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. & Alexander L. Chapman (2009). Shame as a Prospective Predictor of Self-Inflicted Injury in Borderline Personality Disorder: A Multi-modal Analysis. *Behav Res Ther. 47*, 815–822.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. & Gratzc K. L., (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence, 34*, 337-347.
- Chowanec, G. D., Josephson, A. M., Coleman, B. & Davis, H. (1991). Self harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 202-207.
- Claes, L. & Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry 48*, 137 – 144.
- Cochrane, R., & Robertson, A. (1975). Stress in the lives of parasuicides. *Social Psychiatry, 10*, 161-171.
- Colleen, M. J. & Goulda, M. (2007). The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research, 11*, 129-147.
- Conterio, K. & Lader, W. (1998). *Bodily harm*. New York: Hyperion.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A., & Stevens, A. L. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 15-21.
- Dallam, S.J. (1997). The identification and management of self mutilating patients in primary care. *The Nurse Practitioner, 22*, 151-164.
- Deiter, P. G., Nicholls, S. S. & Perlman, L. A. (2000). Self Injury and Self- Capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1173-1191.
- Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *European child & adolescent psychiatry, 21*, 511-520.
- Drappo, L. & Cosonato, M. (2005). *L'autolesionismo*. Urbino: Quattroventi.

- Emerson, L.E. (1913). The case of Miss A: a preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic review*, 1, 41-54.
- Farber, S. K. (2000). *When the body is the target: Self-harm, pain, and traumatic attachments*. Northvale, NJ.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (1989). Impulsive and compulsive self injurious behavior in bulimia nervosa: Prevalence and Psychological Correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 157-165.
- Favazza, A. R. & Conterio, K. (1989) Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79, 283–289.
- Favazza, A. R. & Conterio, K.. (1988). The Plight of chronic Self-Mutilators. *Community mental Health Journal*, 24 , 22-30.
- Favazza, A. R. & Rosenthal, R., (1990). Varieties of pathological self mutilation. *Behavioral of neurology*, 3, 77-85.
- Favazza, A. R. & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140.
- Favazza, A. R. & Simeon, D. (1995). Self Mutilation. In Hollander E., Stein D. *Impulsivity and aggression*. New York: Wiley.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Figuroa, M. D. (1988). A dynamic taxonomy of self-destructive behavior. *Psychotherapy*, 25, 280-287.
- functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137– 144
- Gardner, A. R. & Gardner A. J. (1975). Self Mutilation, Obsessionality and Narcissism. *Bril. j. Psychiat.* 127, 527- 532.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L. & Nock, M. K., (2007). Child Maltreatment, Non-Suicidal Self-Injury, and the Mediating Role of Self-Criticism. *Behav Res Ther.*, 45, 2483–2490.
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D., (2009). Emotion Dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 20–28.
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D., (2010). A Multimethod Analysis of Impulsivity in Nonsuicidal Self-Injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 67-75.
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D., (2010). The Role of Seeing Blood in Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of clinical psychology*, 66, 466-473.
- Glenn, C. R., Blumenthal, T. D., Klonsky, E.D & Hajcak, G. (2011). Emotional reactivity in nonsuicidal self-injury: Divergence between self-report and startle measures. *International Journal of Psychophysiology*, 2011, 5.
- Graff , H., e Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist-cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, 36-42.
- Gratz, K. L., (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263.
- Guerry, J. D. & Prinstein, M. J.(2010). Longitudinal Prediction of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury: Examination of a Cognitive Vulnerability-Stress Model (2010). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 77 - 89.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2006). Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: Characteristics and outcome of a 20-year cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 572-581.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. *British Journal of Psychiatry*, 171, 556-560.
- Herpertz, S., (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57– 68.

- Hilsman, R., & Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive Vulnerability to Depression*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, C. M. & Gould M., (2007). The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research* 11, 129-147
- Kahan, J. & Pattison, E. M. (1983). The Deliberate Self-harm Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Kahan, J. & Pattison, E. M. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: the Deliberate Self-Harm Syndrome. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14, 17-35
- Kapusta, N. D., (2012). Non-suicidal Self-injury and Suicide Risk Assessment, quo vadis DSM-V?. *Suicidology Online*, 3,1-3.
- Klonsky, E. D. & Moyer, A., (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 166-170.
- Klonsky, E. D. & Olino T. M. (2008). Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 22-27.
- Klonsky, E. D., (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981–1986.
- Klonsky, E.D, Oltmanns, T.F & Turkheimer, E, (2003). Deliberate Self-Harm in a Non clinical population: Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry*; 160, 1501–1508.
- Klonsky, E.D. (2007). The Function of deliberate self Injury : A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-23
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Res.*, 166, 260–268.
- Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S., & Walsh, B. (2011). *Non-suicidal self-injury*. Hogrefe, Cambridge, MA.
- Kolk, V.D., Perry, J.C. & Herman, J.L.(1991). Childhood origins of self destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 148, 1665–1671.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 1-24.
- Langbehn, D. R. & Pfohl, B., (1993). Clinical correlates of self – mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatric*, 5, 45-51.
- Laura S. Brown & Tracy C. Bryan, (2007) Major Self-Mutilations: Castration and ENUCLEATION. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63, 1121-1133.
- Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203-215.
- Lindgren, B M., Oster, I, Astrom, S. & Graneheim, U. H., (2011). ‘They don’t understand . . . you cut yourself in order to live.’ Interpretative repertoires jointly constructing interactions between adult women who self-harm and professional caregivers. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 6, 7254.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive –behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically Parasuicidal Bordeline Patients. *Arch Gen Psychiatry*,48, 1060-1064.
- Lloyd-Rochardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. & Kelley, L.M, (2007). *Psychol Med*. 37, 1183–1192.
- Lundh, L. G., Wangby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S. & Bj`arehed, J, (2011) Depressive Symptoms and Deliberate Self-Harm in a Community Sample of Adolescents: A Prospective Study. *Hindawi Publishing Corporation -Depression Research and Treatment*, 11.

- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornoalova, M. A. & Lejuez, C. W. (2011). Testing the Relations Between Impulsivity-Related Traits, Suicidality, and Nonsuicidal Self-Injury: A Test of the Incremental Validity of the UPPS Model. *Personal Disord.*, 2, 151–160.
- Mazelis, R. (2007). Self-inflicted violence: What's in a name? The Cutting Edge: A Newsletter for People. *Living with Self-Inflicted Violence*, 17, 1–4.
- McCloskey, M. S., Gollanb, J. K. & Bermanc, M. E., (2008). Remitted depression moderates self-injurious behavior in personality-disordered research volunteers. *Psychiatry Res.*, 157, 295–297.
- McKerracher, D. W., Loughnane, T. & Watson, R. (1968). Self Mutilation in female psychopaths. *British Journal of Psychiatry*, 114, 829-832.
- Menninger, K.A (1935). A Psycho-analytic study of the significance of self mutilations, Psychoanalytic study of the significance of self mutilations. *Psychoanalytic Quarterly*, 4, 4088-466.
- Menninger, K.A (1938). *Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace e World.
- Morgan H. G., Burns-Cox, C. J., Pocock, H. & Pottle, S. (1975). Deliberate Self Harm: Clinical and Socio Economic Characteristics of 368 Patients. *Brit. J. Psychiat.*, 127, 564-574.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener P. L., (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10.
- Nixon M. K., Cloutier P. & Jansson S.P, (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association or its licensors*, 178, 306-312.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Appl Prev Psychol.* 12, 159–168.
- Nock, M. K. (2010). Self Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M. K. & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. Nock, M. K. (Ed), (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
- Nock, M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci.*, 18, 78–83.
- Nock, M. K., Joiner Jr., T.E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. J., (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research* 144, 65–72.
- Pao, P. N. (1969). The Syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 195-206.
- Pattison, E. M. & Kahan, J., (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self harm syndrome. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14, 17-35.
- Plener P. L & Fegert J. M., (2012) Non-suicidal self-injury: state of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2012, 6-9.
- Prinstein, M. (2008). Introduction to the special section on suicide and non suicidal self- injury. A review of unique challenges and important directions for self- injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1-8.
- Riskind, J. H., & Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of theory, design, and methods. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25, 705-725.
- Rodham, K., Hawton, K. & Nock, M. K. (2009). *Understanding non suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rosen, P & Walsh, B. (1989). Relationship patters in episodes of self mutilative contagion. *American Journal of Psychiatry*, 146, 656-658.



- Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 1, -67-77.
- Ross, S. & McKey, H. R. (1979). *Self Mutilation*. Lexington, MA, Lexington Books.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability:
- Selby, E. A.; Bender, T. W.; Gordon, K. H.; Nock, M. K.; Joiner Jr. & Thomas E (2012). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A Preliminary Study Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. *American Psychological Association*, 3, 167–175
- Shapiro, S. & Dominiak, G. M. (1992). *Sexual trauma and psychopathology*. New York: Lexington Books.
- 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.
- Shneidman, E.S, (1985). *Definition of Suicide*. New York: Wiley.
- Simeon, D. & Hollander, E. (eds. 2001). *Self Injurious behaviors: Assessment and treatment*. Washington, DC: America Psychiatric Association.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J.J., Winchel, R. & Stanley M, (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry*, 149, 221–226.
- Stanley, B. & Brodsky, B. S. (2010). *Comportamenti suicidari autolesivi nel disturb di Personalità Borderline. Un modello di auto-regolazione*. Italia: Springer.
- Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V. & Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry*, 158, 427–432.
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R. Huang, Y. & Mann, J. J. (2010). Non suicidal self injurious behaviour, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124, 134-140.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Tantam, D. & Whittaker, J. (1992). Personality Disorder and Self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 161, 451- 464, Review Article.
- Van der Kolk, B. A., MecFarlane, A.C, & Weisaeth, L.(1996). *Traumatic stress*. New York. Guilford Press.
- Vandereycken, W & Claes, L. (2009). *L'autolesionismo - come smettere di farsi del male*. Baldini&Castoldi, Milano.
- Virkkunen, M. (1976). Self Mutilation in antisocial personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 54, 347-352.
- Walsh, B. W & Rosen, P (1988). *Self Mutilation: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press
- Walsh, B. W., (2012). *Treating Self-Injury, Second Edition: A Practical Guide*. Guilford Press, New York.
- Zetterqvist, M., Lundh, L.G., Dahlström, O. & Svedin CG. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol.*, 41, 759-753.
- Zlotnick, C., Mattia, J.I. & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 187, 296–301.
- Zweig- Frank, H. , Paris, J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 259-264.

**Anna Dessì**

**Psicologa-Psicoterapeuta, Verona**

**Specializzata a Grosseto, training Capo-Gagnani**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*

[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva).  
Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su  
[www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)