

ADOLESCENTI E SELF-CUTTERS: ANALISI DI UNA POPOLAZIONE

Adolescents and self-cutters: a population sample

A. Traverso¹, S. Zanato¹, B. Bolzonella¹, D. De Carlo¹, A. Rampazzo¹, M. Gatta², C. Cattelan¹

¹ Servizio di Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica, Dipartimento A. I. per la Salute della Donna e del Bambino, Università degli Studi di Padova; ² SC Infanzia Adolescenza Famiglia, Azienda ULSS 16 e Università degli Studi di Padova

RIASSUNTO

Introduzione. I comportamenti autolesivi riguardano fino al 45% degli adolescenti, rappresentando una priorità di salute generale. Tra i più comuni si ricorda il self-cutting, comportamento ad alto rischio di ripetizione e fattore predittivo indipendente di suicidio.

L'obiettivo dello studio è l'analisi delle caratteristiche sociali e psicopatologiche di un gruppo di soggetti con self-cutting, al fine di migliorare la cura e la prevenzione delle ricadute autolesive.

Metodi. È stata condotta una revisione dei casi (23 pazienti) giunti con self-cutting presso il Pronto Soccorso negli ultimi 5 anni e seguiti presso il Servizio di Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica dell'Ospedale di Padova.

Ogni soggetto è stato sottoposto ad una valutazione psicodiagnostica completa (colloqui liberi e somministrazione di interviste e questionari). Il self-cutting è stato classificato in occasionale e ripetuto (≥ 5 /anno). La presenza di differenti sedi anatomiche coinvolte nel self-cutting è stata considerata indice di maggiore gravità dell'autolesionismo.

Risultati. In età pediatrica, i soggetti che accedono ai Servizi per self-cutting sono prevalentemente femmine, con età media di 14,5 anni. Nel campione non sembrano esserci differenze significative in termini di caratteristiche sociali e psicopatologiche tra chi si taglia in multiple sedi e chi si taglia in una sede sola o tra chi compie il gesto con frequenza occasionale rispetto a chi lo agisce abitualmente. La presenza di tentativi di suicidio e la gravità del self cutting correlano con un utilizzo assiduo di social network.

Discussione. Nonostante la diffusione del fenomeno porti ad una normalizzazione dello stesso, è compito del clinico non trascurare neppure un episodio isolato di autolesionismo, non essendo possibile legare la frequenza degli agiti ad un rischio differente o ad un profilo psicopatologico specifico. Sarà da approfondire il ruolo dell'utilizzo dei social network quali possibili strumenti di "contagio sociale" in popolazioni a rischio.

SUMMARY

Introduction. Self-Injurious Behaviors affect up to 45% of adolescents, representing a global health priority. The most common of them is self-cutting. This behaviour presents high risk of repetition and it is an independent predictor of suicide. The aim of the study is to analyse the social and psychopathological characteristics of a group of subjects with self-cutting, in order to improve the care and the prevention of self-harm.

Methods. We conducted a review of all cases (23 patients) presented with self-cutting to the Emergency Department in the last 5 years and followed at the Child Psychiatry and Clinical Psychology Service of the Hospital of Padua.

Each subject was given a complete psychodiagnostic assessment (free talks and administration of interviews and questionnaires). Self-cutting was classified in occasional and repetitive (≥ 5 /year). Different body sites involvement in the self-cutting was considered an index of severity.

Results. Children who access to the Service for self-cutting are mainly female with a mean age of 14,5 years. In the group there aren't significant differences in terms of social characteristics and psychopathology between adolescents who cut themselves in different body areas and those who cut in only one place or between occasional and repetitive self-cutters. The presence of suicidal attempts and self-cutting severity correlate with a frequent use of social network.

Discussion. Despite the spread of the behaviour leads to a normalization, mental-health specialists would not underestimate even a single episode of self-cutting. It is not possible to link the frequency of acting out to a different risk profile nor to a specific psychopathology.

It will be investigated the role of the use of social networks as a possible means of "social contagion" in populations at risk.

PAROLE CHIAVE

Adolescenti - Self-cutting - Autolesionismo - Contagio sociale

KEY WORDS

Adolescents - Self cutting - Self-harm - Social contagion

INTRODUZIONE

Per comportamento autolesivo diretto (*Direct Self-Injurious Behavior*; D-SIB) si intende qualsiasi azione con esito non fatale nella quale un individuo deliberatamente si procura una lesione, con o senza intento suicidario¹. I D-SIB riguardano circa il 28-45% degli adolescenti nel corso della vita^{2,3}. Si osserva un trend in aumento dal 2006, rispetto al dato del 10% stimato dallo studio *Child & Adolescent Self-harm in Europe* (CASE)¹, venendo a costituirsi una priorità di salute generale⁴. Nel lavoro di Brunner et al.² si evidenzia una grande variabilità nella prevalenza del fenomeno nei diversi stati europei, in parte legata a differenti condizioni socio-culturali ed in parte sostenuta da una mancata uniformità nella definizione e nell'inquadramento nosologico dell'autolesionismo.

Tra i D-SIB generalmente vengono annoverati gli avvelenamenti intenzionali e le lesioni autoinflitte, senza distinzione relativamente alla sottostante intenzionalità suicidaria⁵.

Revisionando la letteratura, sembrano presenti due orientamenti: il primo che tende ad unificare i comportamenti autolesivi, l'altro che tende invece a differenziare comportamenti autolesionistici non suicidari (*Non-Suicidal Self-Injury*; NSSI) dai tentativi di suicidio (TS). Secondo il primo orientamento lo stesso soggetto può agire contemporaneamente condotte con intenzionalità suicidaria o meno, presentando entrambe le categorie gli stessi fattori di rischio, e assumendo che la valutazione del clinico possa differire da ciò che sperimenta o intende comunicare il paziente⁴. Tale teoria discorda dal filone di pensiero, maggiormente condiviso, che tende invece a differenziare NSSI da TS, suggerendo che le due popolazioni cliniche presentino differenti motivazioni sottostanti, differente severità e funzionamento, che usino diversi metodi per infliggersi le lesioni e che vi sia una differente neurobiologia di base³.

Anche nella recente classificazione DSM-5⁶, nella terza sessione relativa alle "condizioni che necessitano di ulteriori studi", è stata introdotta la distinzione tra disturbo da comportamento suicidario e Autolesività non suicidaria; tuttavia spesso nell'attività clinica non è possibile una netta distinzione categoriale dei quadri, che sembrano piuttosto rappresentare un *continuum*².

I comportamenti autolesivi in generale risultano più frequenti tra le femmine adolescenti tra i 12 e i 15 anni, range in cui viene raggiunto un rapporto maschi:femmine di 1:5-6⁷ e nelle classi socioeconomiche maggiormente svantaggiate⁸. Il contatto con i servizi è stimato di 1 su 8 casi, riflettendo l'enorme diffusione di questi comportamenti nella popolazione, lo scarso accesso alle cure^{1,9} e l'ancora ridotta attenzione degli operatori sanitari¹⁰.

Non sono chiari i motivi per i quali si assiste ad un incremento del fenomeno negli ultimi anni; sembrano essere fattori predisponenti o slatentizzanti: la disponibilità di farmaci, il consumo inappropriato di droghe ed alcolici, gli stress adolescenziali, una ipersensibilità interpersonale ed ai fattori esterni, la maggiore incidenza di sintomi depressivi, la precocizzazione dell'inizio dell'attività sessuale, il contagio sociale, il bullismo (incluso cyber-bullismo)⁷.

Tra i metodi più comuni di autolesionismo si ricorda il self-cutting^{1,9}, maggiormente diffuso tra la popolazione femminile, e il procurarsi ustioni da sigaretta, seguiti dall'assunzione impropria di medicinali e dai comportamenti a rischio (autolesionismo indiretto).

Nello specifico, il self-cutting risulta essere un importante ed indipendente fattore predittivo di suicidio¹¹, più di qualsiasi altro metodo di autolesionismo⁷.

Studi scientifici hanno ipotizzato anche una particolare vulnerabilità neurobiologica legata alla fase puberale delle ragazze che sperimentano questo comportamento autolesivo⁷.

La ripetizione dei D-SIB è frequente negli adolescenti, in particolare in chi utilizza il self-cutting (più del 55%)¹, in quanto l'agito autolesivo risulta determinare una forte dipendenza, con mantenimento del quadro nel 40-60% dei casi¹², rendendo il comportamento frequentemente resistente al trattamento. Tra i fattori predittivi di ripetizione dell'agito vi sono la presenza di disturbi dell'umore, un'anamnesi positiva per abusi sessuali, l'esposizione ad autolesionismo (contagio sociale), problemi di orientamento sessuale⁷.

Pur non essendoci una dichiarata intenzionalità suicidaria, è compito del clinico, in seguito ad un attento esame obiettivo generale, non sottovalutare tali comportamenti che partecipano al quadro psicopatologico e che risultano determinanti per le scelte

terapeutiche, in quanto predittivi di suicidalità (ancor più dell'anamnesi positiva per pregresso tentato suicidio, come affermato da Ougrin et al.¹³ o di tendenza all'agito. Compito dello specialista è inoltre la caratterizzazione dell'agito valutandone la frequenza, distinguendo tra episodi occasionali e ripetuti (≥ 5 /anno)⁶, tra pattern abituali e non, e analizzando il contesto o la fase in cui accadono.

Il presente studio ha come obiettivo l'analisi delle caratteristiche sociali, anagrafiche e psicopatologiche di un gruppo di soggetti giunti presso il Servizio di Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino (DAI SDB) dell'Azienda Ospedaliera di Padova con self-cutting, al fine di delineare eventuali fattori di rischio e di prevenzione di ulteriori episodi di autolesionismo diretto.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati retrospettivamente tutti i pazienti pediatrici giunti presso il Pronto Soccorso (PS) del DAI SDB dell'Azienda Ospedaliera di Padova con self-cutting negli ultimi 5 anni (gennaio 2009-agosto 2014), per un totale di 23 soggetti.

Per ogni paziente è stata eseguita un'attenta anamnesi medica e psichiatrica, seguita da un esame obiettivo generale e neurologico. L'anamnesi personale comprendeva la raccolta di dati relativi alla frequenza scolastica e all'utilizzo di social network.

L'utilizzo di internet è stato classificato secondo la frequenza, in assiduo (≥ 3 ore al giorno), moderato (0-3 ore al giorno) ed assente, considerando la media nazionale di utilizzo descritta dalla letteratura (dati Istat-Eurispess)¹⁴.

Successivamente è stata condotta una valutazione psicodiagnostica completa, costituita di plurisettimanali colloqui liberi con il minore e, separatamente, con i genitori, garantendo quindi uno spazio privato e parallelo con due distinti operatori (neuropsichiatri infantili), e somministrazione di materiale testale.

In particolare, sono stati somministrati:

- l'intervista clinica semistrutturata *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL)¹⁵, al paziente ed ai genitori;

- i questionari *Child Behavior Checklist* 6-18 (CBCL) e *Youth Self Report* (YSR)¹⁶, per uno screening psichiatrico dei 6 mesi antecedenti l'accesso;
- le rating scale: *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC)¹⁷, per la valutazione degli aspetti d'ansia, e *Children Depression Inventory* (CDI)¹⁸ per la quantificazione di sintomi depressivi;
- test proiettivi (Test della figura umana di Corman, Test della famiglia di Machover, Test di Rorschach), siglati e discussi collegialmente da un'equipe di neuropsichiatri e psicologi esperti, al fine di comprendere il funzionamento psichico del soggetto.

Per tutti i pazienti è stato delineato un profilo diagnostico sulla base dei criteri del DSM-IV¹⁹, includendo una valutazione degli aspetti di compromissione funzionale mediante l'utilizzo delle scale *Children Global Assessment Scale* (C-GAS)²⁰ e *Clinical Global Impression Scale* (CGI)²¹.

Il self-cutting è stato retrospettivamente classificato secondo i criteri del DSM-5⁶ in occasionale e ripetuto (≥ 5 episodi durante l'anno).

La presenza di differenti sedi anatomiche coinvolte nel self cutting, oltre agli avambracci, è stata considerata indice di maggiore gravità dell'autolesionismo, in accordo con Laukkanen et al.²².

I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio Excel. Il confronto tra gruppi di soggetti è stato condotto con il test esatto di Fisher nel caso di variabili categoriali, con il test di Wilcoxon della somma dei ranghi nel caso di variabili quantitative.

Sono stati considerati indicativi di significatività statistica valori di $p < 0,05$.

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il sistema *Statistical Analysis System* versione 9.2 (SAS, SAS institute, Cary, North Carolina) for Windows.

RISULTATI

Descrizione del campione

Da gennaio 2009, sono stati valutati 23 soggetti in età pediatrica giunti presso il PS pediatrico e dell'adulto e presi in carico presso il Servizio di Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica del DAI SDB dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Il gruppo considerato era costituito prevalentemente da soggetti di sesso femminile (n = 20; 87%) e di nazionalità italiana (n = 19; 83%). L'età media al momento dell'accesso ai servizi era di 14 anni e 5 mesi (range 12-17 anni).

Nel 52% dei casi era presente un'anamnesi familiare positiva per problemi psichiatrici, mentre nel 73% erano dichiarati presenti problemi intrafamiliari, inclusa conflittualità. Solo 4/23 soggetti avevano genitori separati, mentre in 7 casi si trattava di famiglie monoreddito.

In anamnesi remota venivano segnalati eventi a potenziale impatto traumatico nel 48% dei casi, mentre in 12 soggetti (52%) venivano dichiarati problemi scolastici.

Alla valutazione psicodiagnostica, l'83% dei minori presentava un disturbo dell'umore, in un quadro di funzionamento prevalentemente di tipo borderline (61%). Nel 30% dei casi erano presenti aspetti d'ansia.

I soggetti sono stati inviati ad un percorso di psicoterapia nel 52% dei casi, nella maggior parte dei casi (75%) combinata a terapia farmacologica. Globalmente la terapia farmacologica era stata indicata nel 61% dei pazienti, prevalentemente (86%) con neurolettici atipici di seconda generazione (42% quetiapina, 33% olanzapina, 25% risperidone).

Nel 48% dei casi i soggetti dichiaravano un utilizzo assiduo (≥ 3 ore/die) di social network con contatti a rischio (network destinati ad adulti, contatti con soggetti noti ai servizi per psicopatologia), inoltre 6/23 soggetti erano in contatto tra loro tramite gli stessi social network. Nessuno dei soggetti presentava ritardo mentale o patologie croniche rilevanti.

Self-cutting

Le sedi principalmente coinvolte dal self cutting risultavano essere avambraccia-braccia (n = 23), seguite da cosce, caviglie ed, in ultimo, addome. 9/23 soggetti (39%) hanno presentato successivi accessi presso il Dipartimento per ulteriore episodio di autolesionismo.

Le caratteristiche relative all'autolesionismo diretto ed indiretto nel campione valutato sono descritte in Tabella I.

Nessuno dei soggetti ha presentato un suicidio completato.

TAB. I. Caratteristiche dell'autolesionismo.

	N = 23
Unica sede; n (%)	16 (69%)
Self cutting ripetuto; n (%)	10 (43%)
Ideazione suicidaria; n (%)	12 (52%)
Tentato suicidio; n (%)	7 (30%)
Uso di alcol e sostanze; n (%)	7 (30%)

Correlazioni

Nel campione analizzato, la maggiore gravità del self cutting (valutata secondo il numero di sedi coinvolte e la frequenza degli episodi) non risulta correlare significativamente con la presenza di problemi scolastici, problemi familiari, diverso funzionamento psicopatologico, né con una maggiore richiesta di assistenza, intesa come successivi accessi ai servizi. La gravità del self cutting non risulta inoltre essere correlata ai punteggi globali ottenuti ai test standardizzati, ma piuttosto correlare con item specifici, quale l'aggressività rilevata alla CBCL ($p = 0,04$).

Non sono presenti differenze evidenti e statisticamente significative in termini di caratteristiche sociali e psicopatologiche tra la popolazione dei soggetti che praticano il self-cutting in un'unica sede e self-cutters in multiple sedi.

L'ideazione suicidaria, la gravità psicopatologica (definita dal clinico con l'utilizzo dei punteggi C-GAS e CGI) e la severità del self cutting non risultano correlare con i tentativi di suicidio.

La gravità del self cutting, come anche la presenza di tentato suicidio, correlano significativamente con l'utilizzo assiduo dei social network ($p = 0,004$ e $p = 0,04$, rispettivamente), mentre la presenza di ideazione suicidaria non risulta essere legata a questa variabile.

Infine, l'utilizzo di social network non correla con maggiori problematiche internalizzanti rilevate a CBCL/YSR, né con la gravità clinica stimata dallo specialista (punteggio alla C-GAS).

DISCUSSIONE

Il presente studio nasce dall'esigenza clinica di caratterizzare la popolazione degli adolescenti che sempre più frequentemente giungono presso i servizi

di neuropsichiatria infantile per self-cutting, allo scopo di affinare le metodiche di cura e di migliorare la prevenzione delle ricadute autolesive. Spesso infatti, anche lo specialista più attento può sottovalutare un episodio isolato di self cutting, in particolare se l'entità delle lesioni risulta banale, ritenendo il quadro non sufficientemente grave da essere approfondito.

La popolazione di self cutters che accede ai servizi è costituita prevalentemente da adolescenti femmine di nazionalità italiana, di 14 anni e mezzo, in accordo con gli studi di popolazione presenti in letteratura². Questa fascia d'età risulta infatti quella a maggior rischio per autolesionismo e suicidalità, per lo slentizzarsi di vulnerabilità psicopatologiche personali e per la sensibilità al "contagio sociale".

In anamnesi, infatti, molti soggetti hanno dichiarato un utilizzo assiduo dei social network con contatti a rischio (network destinati ad adulti, contatti con soggetti noti ai servizi per psicopatologia) e alcuni pazienti erano in contatto tra loro anche durante il periodo di ospedalizzazione, evidenziando una sorta di "contagio sociale", già descritto in letteratura in popolazioni di adolescenti con autolesionismo, in particolare di sesso femminile²³. La "trasmissione" di un comportamento disadattivo, anche nota come effetto "Werther" è descritta anche per quanto riguarda i sintomi depressivi²⁴ o il rischio suicidario²⁵, in particolare in questa fascia d'età dove si ricorre facilmente all'identificazione emulativa per la necessità di conformarsi ad un gruppo di pari e alla selezione delle amicizie secondo una particolare affinità di pensiero. Il fenomeno risulta molto difficile da contenere essendo facilitato dalla diffusione delle nuove tecnologie²⁶ che permettono una rapidissima e sempre più documentata condivisione di informazioni fra adolescenti anche di tematiche a rischio fino al raggiungimento di una "normalizzazione" del comportamento che incoraggia il self cutting stesso²⁷.

L'esposizione a comportamenti autolesivi, siano presenti in altri pari o in famiglia è comunque un fattore di rischio centrale²⁷, che merita l'attenzione del clinico nella fase di valutazione.

Le motivazioni alla base dei comportamenti autolesivi risultano varie: franca intenzionalità suicidaria, intenti autopunitivi, strategie di regolazione dell'umore o di sollievo alla tensione (frequenti nel self-cutting), di

fuga da una situazione ritenuta intollerabile o metodi per far fronte ad emozioni negative quali tensioni, rabbia, bassa autostima, paura; intenti dimostrativi od emulativi; tuttavia spesso l'adolescente non appare completamente consapevole dei motivi che lo hanno condotto all'agito, per una reale difficoltà di accesso al mondo interno^{28 29}. Va quindi tenuto presente che, a prescindere dal fatto che si sia chiarita o meno la presenza di ideazione anticonservativa, l'autolesionismo non fatale che porta all'attenzione sanitaria è ritenuto il principale fattore di rischio per suicidio completato³⁰.

Contrariamente a quanto affermato in letteratura, nella quale si evidenzia un rischio psicopatologico e suicidario maggiore in chi ricorre più frequentemente al comportamento autolesivo³¹, nel campione valutato nel presente studio non sembrano esserci particolari differenze tra chi si taglia in multiple sedi e chi si taglia in una sede sola o tra chi compie il gesto con frequenza occasionale rispetto a chi lo agisce abitualmente. Ciò va considerato tuttavia alla luce dell'esiguità del campione, che potrebbe mascherare sottogruppi con caratteristiche e gravità differenti.

Il dato riscontrato porta comunque a due riflessioni che necessiteranno di ulteriori e più ampi studi di approfondimento.

La prima riflessione relativa ai fattori scatenanti o predisponenti l'agito: mentre la letteratura evidenzia che fattori psicosociali e familiari, come situazioni svantaggiate, cure parentali non adeguate, genitori divorziati, problemi scolastici, incidono quali variabili indipendenti sulla presenza di comportamenti autolesivi^{23 32}, non si può inferire lo stesso per quanto riguarda la severità di espressione degli agiti.

La seconda riflessione si riferisce al fatto che, nonostante la diffusione del fenomeno porti ad una normalizzazione dello stesso, è compito del clinico non trascurare neppure un episodio di autolesionismo isolato, non essendo possibile legare la frequenza degli agiti ad un rischio differente o ad un profilo psicopatologico specifico. In dettaglio il punteggio riscontrato ai test risulta sovrapponibile nei due gruppi, salvo che per l'item specifico dell'aggressività rilevata alla CBCL compilata dal genitore di riferimento, che risulta correlare con una maggiore gravità del self cutting.

Alla valutazione psicodiagnostica, nella maggior parte dei soggetti (83%) si evidenzia la presenza di un disturbo dell'umore, talora con aspetti d'ansia, frequentemente associato ad un funzionamento di personalità orientato in senso borderline, evidenziato dalla valutazione clinica e dai test proiettivi. Nel campione evidenziato, i soggetti con tale funzionamento non presentano caratteristiche di autolesionismo differenti dai restanti soggetti.

I soggetti che si tagliano abitualmente risultano una minoranza (43%) e nella metà del campione (52%) i pazienti hanno dichiarato la presenza di un'idea suicidaria; in meno di un terzo è comitato un tentativo di suicidio. In meno di un terzo dei soggetti veniva segnalato uso di alcol o sostanze, per lo più cannabinoidi. L'età media di questo sottogruppo era di 14 anni e mezzo.

Nel campione analizzato, la presenza di tentativi di suicidio e la gravità del self cutting correlano significativamente con un utilizzo assiduo di social network (rispettivamente $p = 0,04$ e $p = 0,004$), in accordo con letteratura³³; tuttavia non è possibile stabilire se ciò sia dovuto ad un effetto di contagio sociale, ad una comune impulsività di fondo, ad un utilizzo maladattivo dei nuovi media, quanto piuttosto al fatto che questo gruppo di soggetti ricorra maggiormente alla rete quale risposta a difficoltà relazionali, ovvero appare complesso definire dei nessi di causalità tra i fenomeni. La presenza di una riferita ideazione suicidaria non sembra correlare con l'utilizzo dei network, né con i tentativi di suicidio. Neppure la gravità psicopatologica e la gravità del self cutting appaiono correlare con gli agiti suicidari, facendo ipotizzare che vi siano sottogruppi con differenti caratteristiche psicopatologiche, come teorizzato da Greydanus e Shek³⁴.

L'eterogeneità delle caratteristiche dei soggetti che praticano il self cutting solleva ancora una volta la necessità di considerarli tutti ad alto rischio di suicidio³⁵, non essendo possibile discriminare sottogruppi a rischio minore.

L'esiguità del campione osservato, tuttavia, non consente di generalizzare le riflessioni. Saranno necessari ulteriori studi che prevedano il registro ed il monitoraggio del crescente fenomeno dell'D-SIB.

Bibliografia

- Madge N, Hewitt A, Hawton K, et al. *Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. J Child Psychol Psychiatry 2008;49:667-77.
- Brunner R, Kaess M, Parzer P, et al. *Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries*. J Child Psychol Psychiatry 2014;55:337-48.
- Nock MK. *Self-injury*. Annual Review of Clinical Psychology 2010;6:339-63.
- Ougrin D. *Commentary: self-harm: a global health priority - reflections on Brunner et al.* J Child Psychol Psychiatry 2014;55:349-51.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Self-harm: long term management. NICE clinical guideline 133*. London: National Institute for Clinical Excellence 2011.
- American Psychiatric Association. *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Edizione Italiana, Milano: Raffaello Cortina Editore 2013.
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. *Self-harm and suicide in adolescents*. Lancet 2012;379:2373-82.
- Mars B, Heron J, Crane C, et al. *Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from the ALSPAC cohort*. J Affect Disord 2014;168:407-14.
- Hawton K, Rodham K, Evans E, et al. *Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England*. BMJ 2002;325:1207-11.
- Sayal K, Yates N, Spears M, et al. *Service use in adolescents at risk of depression and self-harm: prospective longitudinal study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1231-40.
- Hawton K, Bergen H, Kapur N, et al. *Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the multicentre study of self-harm in England*. J Child Psychol Psychiatry 2012;53:1212-9.
- Nock MK, Prinstein MJ. *Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents*. J Abnorm Psychol 2005;114:140-6.
- Ougrin D, Zundel T, Kyriakopoulos M, et al. *Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: clinical characteristics and response to therapeutic assessment*. Psychol Assess 2012;24:11-20.
- Istat- Eurispes. *Cambiamenti nei tempi di vita*. Rapporto 6 Dicembre 2011.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. *K-SADS-PL Interview*

- diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini ed adolescenti. Trento: Edizioni Erickson 2004.
- ¹⁶ Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont 2001.
- ¹⁷ March JS, Parker JD, Sullivan K, et al. *The multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability, and validity*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:554-65.
- ¹⁸ Kovacs M. *The Children's Depression Inventory (CDI)*. Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems 1992.
- ¹⁹ American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, text rev.* Milano: Edizione Italiana Elsevier Editore 2000.
- ²⁰ Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. *A children's global assessment scale (CGAS)*. Arch Gen Psychiatry 1983;40:1228-31.
- ²¹ National Institute of Mental Health (NIMH). *CGI: Clinical Global Impressions*. In: Guy W, Bonato R, eds. *Manual for the ECDEU assessment battery*. 2 Rev ed. Chevy Chase, Md: National Institute of Mental Health 1970;12-1-12-6.
- ²² Laukkanen E, Rissanen ML, Tolmunen T, et al. *Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013;22:501-10.
- ²³ Hawton K, Harriss L, Rodham K. *How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010;19:513-23.
- ²⁴ Kiuru N, Burk WJ, Laursen B, et al. *Is depression contagious? A test of alternative peer socialization mechanisms of depressive symptoms in adolescent peer networks*. J Adolesc Health 2012;50:250-5.
- ²⁵ Ali MM, Dwyer DS, Rizzo JA. *The social contagion effect of suicidal behavior in adolescents: does it really exist?* J Ment Health Policy Econ 2011;14:3-12.
- ²⁶ Istat-Eurispes. *Cittadini e nuove tecnologie*. Rapporto 19 Dicembre 2013.
- ²⁷ Whitlock JL, Powers JL, Eckenrode J. *The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury*. Dev Psychol 2006;42:407-17.
- ²⁸ Nock MK, Prinstein MJ. *A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior*. J Consult Clin Psychol 2004;72:885-90.
- ²⁹ Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, et al. *Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. Psychiatry Res 2006;144:65-72.
- ³⁰ Owens D, Horrocks J, House A. *Fatal and non-fatal repetition of self-harm*. Systematic review. Br J Psychiatry 2002;181:193-9.
- ³¹ Kidger J, Heron J, Lewis G, et al. *Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England*. BMC Psychiatry 2012;12:69.
- ³² Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, et al. *Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15*. J Affect Disord 2006;93:87-96.
- ³³ Kaess M, Durkee T, Brunner R, et al. *Pathological internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2014;23:1093-102.
- ³⁴ Greydanus DE, Shek D. *Deliberate self-harm and suicide in adolescents*. Keio J Med 2009;58:144-51.
- ³⁵ Fortune SA. *An examination of cutting and other methods of DSH among children and adolescents presenting to an outpatient psychiatric clinic in New Zealand*. Clin Child Psychol Psychiatry 2006;11:407-16.

CORRISPONDENZA

Silvia Zanato, Servizio di Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica, Dipartimento A. I. per la Salute della Donna e del Bambino, via Giustiniani 3, 35128 Padova - Tel. + 39 049 8213582 - E-mail: silvia.zanato@unipd.it