

AUTOLESIVITÀ NON SUICIDARIA IN UN CAMPIONE CLINICO DI ADOLESCENTI ITALIANI: CARATTERISTICHE, MODALITÀ, FUNZIONE DEI COMPORTAMENTI AUTOLESIVI E COMPROMISSIONE ADATTIVA

Non-suicidal self injury in a clinical sample of Italian adolescents: features, ways, functions, and functional impairment

C. Davico*, D. Notari*, N. Spagna*, A. Anichini**, C. Baietto**, C. Bosia**, V. Rabbione Gervasio**, A. Peloso*

* *Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienza della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*; ** *Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Infantile Regina Margherita, Città della Salute e della Scienza, Torino*

RIASSUNTO

La recente introduzione nel DSM 5 dell'Autolesività non Suicidaria (ANS) come condizione che merita ulteriori approfondimenti ha dato ulteriore impulso alla ricerca in questo campo. I dati disponibili in letteratura su campioni clinici di adolescenti, in particolare italiani, non sono molti. L'ANS riguarda specificatamente l'adolescenza ed è un consistente problema di sanità pubblica. In questo lavoro sono state studiate le caratteristiche, le modalità dei comportamenti autolesivi e gli aspetti di importante disfunzione a essi associati su un campione di 40 adolescenti ricoverati tra il 2011 e il 2014 in un reparto di NPI che rispondevano ai criteri dell'ANS come recentemente proposto dal DSM 5. Sono state indagate variabili cliniche e demografiche e studiata in particolare la compromissione adattiva attraverso la Global Assessment of Functioning e la Youth Self Report di Achenbach, la relazione con l'ideazione suicidaria e il tentativo di suicidio, il legame coi disturbi alimentari, dell'umore e di personalità. Si è osservato un aumento della prevalenza delle condotte autolesive negli anni di ricovero, fino a raggiungere il 33,3% nel 2014. La prevalenza dei soggetti del campione sono femmine, con una compromissione significativa del funzionamento adattivo (punteggio medio alla GAF di 47,5); i disturbi di personalità sono presenti nel 52,5% dei soggetti e inoltre si riscontra un'alta prevalenza di disturbi alimentari (47,5%) e di ideazione suicidaria (70%) non legata al gesto autolesivo. Tutti i soggetti riportano di aver messo in atto le condotte per provare sollievo da uno stato emotivo e cognitivo negativo, la maggior parte dei soggetti (38/40) hanno utilizzato il metodo del cutting. Come segnalato nella definizione del DSM 5, le condotte autolesive si associano a un'importante compromissione del funzionamento e sono presenti in diverse condizioni psicopatologiche; ulteriori studi sono necessari per esaminare le caratteristiche del sintomo in sottogruppi di soggetti con diversa condizione di gravità.

SUMMARY

The introduction of Non Suicidal Self-Injury as Conditions for Further Study in the fifth edition of DSM has improved clinical research in this field. In literature available data on clinical adolescents sample, even more on Italian adolescents are really few. NSSI is a specific adolescence-related problem and it's a severe concern of public health. In this paper we studied clinical features, ways and functions of NSSI and related functional impairment on a sample of 40 Italian inpatients selected by DSM 5's criteria for NSSI, between 2011 and 2014. Clinical, demographic variables have been collected and Global Assessment of Functioning and Achenbach's Youth Self Report have been administered to our patients. Also relationship with attempted suicide, suicidal thoughts, eating disorder, mood disorder and personality disorder has been studied. An increase in prevalence has been observed, reaching 33.3% on total inpatients in 2014. Our sample is composed by 95% of female, with a severe impairment of functioning (mean score at GAF of 47.5); personality disorders are represented in 52.5% of our subjects, and high prevalence of eating disorders, (47.5%) and suicidal thoughts (70%) not related to NSSI has been observed in our sample. All patients refer reason for self harm to get relief from a negative emotive or cognitive state of mind; the most used method was cutting. As described in DSM 5 definition, also in our sample NSSI is related to a severe impairment of functioning and is reported in different psychopathological conditions. Further studies are necessary to better understand clinical characteristics of this symptom in different groups of adolescents (inpatients, outpatients, community).

PAROLE CHIAVE

Autolesività non suicidaria - Adolescenza - Compromissione adattiva

KEY WORDS

Non suicidal self injury - Adolescence - Functional impairment

INTRODUZIONE

L'interesse della ricerca clinica per l'Autolesività non Suicidaria (ANS) è piuttosto recente e soltanto il DSM 5¹ ne ha sancito la definizione e la "autonomia clinica" inserendola come Non Suicidal Self Injury (NSSI), o Autolesività non Suicidaria nella traduzione italiana, all'interno delle categorie diagnostiche "meritevoli di ulteriori studi".

La prima descrizione delle condotte autolesive come entità clinica a sé stante risale al 1938²; cinquant'anni dopo, nel 1983, Pattinson e Kahan e in seguito Favazza e Conterio³ e poi Herpetz⁴ ne sostenevano il valore come categoria specifica, con dignità sindromica e ne proponevano l'inclusione nel DSM IV. Pattinson e Kahan ne diedero una descrizione dettagliata e le definirono come dirette (direzionalità: atto rapido e intenzionale), ripetitive, con bassa letalità, all'interno di una cornice temporale ristretta, associate dalla consapevolezza degli effetti dell'azione e all'intento conscio di danneggiarsi. La bassa letalità le distingueva dai tentativi di suicidio, ove l'intento è quello di morire; venivano escluse le condotte di overdose, in cui l'intenzione di morire e il livello di letalità non è facilmente determinabile⁵.

Nel 1989 Armando Favazza considerò l'autolesionismo come "un comportamento ripetitivo, solitamente non letale per severità né per intento, diretto volontariamente a ledere parti del proprio corpo, come avviene in attività quali tagliarsi o bruciarsi" e ne mise in luce gli aspetti salienti di atti ripetitivi rivolti contro il Sé, allo scopo di danneggiare il corpo senza volontà suicidaria conscia (anche se il legame tra volontà suicidaria e condotte autolesive resta tuttora una questione aperta).

Negli anni '90 l'Autore ne propose una classificazione, distinguendo tra autolesionismo culturalmente prescritto (pratiche rituali, piercing, tatuaggi) e autolesionismo deviante, a sua volta distinto in maggiore (atti sporadici, assai gravi, propri d'importanti patologie psicotiche o dell'umore), stereotipico (secondario a serie condizioni organiche) e superficiale/moderato, la condizione più frequente, costituito da condotte compulsive, abituali e ripetitive, spesso egodistoniche e condotte impulsive ulteriormente distinte in episodiche e ripetitive.

Nel 1997 Tracy Alderman definì la condotta autolesiva secondo cinque caratteristiche: un atto dannoso compiuto contro se stessi, messo in atto dal soggetto senza coinvolgere fisicamente altre persone, caratterizzato da un agito fisico violento, compiuto in modo intenzionale e non associato all'intenzione di togliersi la vita⁶.

Gli importanti lavori sulla ripetitività dell'atto autolesivo e sul concetto di "ruminazione" sotteso al passaggio all'atto⁷ la proposta di un sistema di misura delle condotte autolesive (Deliberate self harm inventory - DSHI⁸), l'introduzione della definizione "Non Suicidal Self Injury"⁹ come "direct, deliberate destruction of one's own body tissue in the absence of intent to die", atto dalle conseguenze non fatali inteso a procurare lesioni senza una precisa intenzione suicida, l'associazione a un distress significativo con limitazione del funzionamento sociale e personale¹⁰, nonché l'associazione con differenti condizioni psicopatologiche sostenuta da riscontri empirici, sono stati preparatori all'introduzione nella categoria diagnostica "meritevole di ulteriori studi" del DSM 5. Nelle edizioni precedenti l'autolesionismo veniva considerato esclusivamente come un tratto distintivo del disturbo borderline di personalità.

Da allora la ricerca clinica ha ricevuto ulteriore impulso, con un numero crescente di pubblicazioni sull'argomento, complice anche la possibilità di avere a disposizione una definizione univoca e dei criteri determinanti. Il legame delle condotte autolesive con l'adolescenza è noto da sempre, e le stime pubblicate in letteratura ci dicono che le condotte autolesive sono un serio problema di salute pubblica coinvolgendo il 13-29% degli adolescenti in campioni comunitari¹¹. Tali valori sono ancora più alti se si considerano campioni clinici: si parla di prevalenze che arrivano fino al 40-60%¹². Sia negli studi su campioni comunitari che in quelli condotti su campioni clinici le condotte autolesive hanno esordio in adolescenza, più facilmente nell'età compresa tra 13 e 15 anni¹³. È noto inoltre che le NSSI sono presenti in misura maggiore in età adolescenziale e tendono a risolversi in età adulta. Gli studi condotti in Italia sono pochi e prevalentemente relativi a campioni comunitari¹⁴⁻¹⁷, con l'eccezione di un unico lavoro nel 2012 su un campione clinico¹⁸.

TAB. I. Criteri DSM 5 per Autolesività non Suicidaria ¹.

| |
|--|
| A. Nell'ultimo anno in cinque o più giorni l'individuo si è intenzionalmente inflitto danni di qualche tipo alla superficie corporea in grado di indurre sanguinamento, livido o dolore (per es., tagliandosi, accoltellandosi, colpendosi, strofinandosi eccessivamente), con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati (non c'è intenzionalità suicidaria). Nota: l'assenza d'intenzionalità suicidaria è stata affermata dal soggetto, oppure può essere dedotta dal fatto che il soggetto ha ripetutamente messo in atto un comportamento essendo consapevole, o avendo appreso che non è probabile che ciò conduca a morte. |
| B. L'individuo è coinvolto in attività autolesionistiche con una o più delle seguenti aspettative: 1. ottenere sollievo da una sensazione o uno stato cognitivo negativi; 2. risolvere una difficoltà interpersonale; 3. indurre una sensazione positiva. Nota: il sollievo desiderato o la risposta vengono provati durante o subito dopo il gesto autolesivo e il soggetto può presentare modalità di comportamento che suggeriscono una dipendenza verso il compiere tale gesto ripetutamente. |
| C. L'autolesività intenzionale è associata ad almeno uno dei seguenti sintomi: a. difficoltà interpersonali o sensazioni o pensieri negativi come depressione, ansia, tensione, rabbia, disagio generalizzato, autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente al gesto autolesivo; b. prima di compiere il gesto, presenza di un periodo di preoccupazione difficilmente controllabile riguardo al gesto che l'individuo ha intenzione di commettere; c. pensieri di autolesività presenti frequentemente anche quando il comportamento non viene messo in atto. |
| D. Il comportamento non è sancito socialmente (per es., body piercing, tatuaggi, rituali religiosi o culturali) e non è limitato all'indursi lesioni da grattamento o al mangiarsi le unghie. |
| E. Il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti. |
| F. Il comportamento non avviene esclusivamente durante episodi psicotici, delirio, intossicazione o astinenza da sostanze. Negli individui con un disturbo del neurosviluppo, il comportamento non è parte di un pattern di stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o condizione medica (per es., disturbo psicotico, disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva, sindrome di Lesch-Nyhan, disturbo stereotipato del movimento con autolesività, tricotillomania, disturbo da escoriazione). |

La definizione del DSM 5 (Tab. I) sottolinea come "il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti (DSM 5 ¹)".

Scopo di questo lavoro è la descrizione di una casistica italiana di soggetti adolescenti, di provenienza clinica, che presentano ANS secondo i criteri proposti dal DSM 5, l'analisi delle caratteristiche e delle modalità dei comportamenti autolesivi e gli aspetti di importante disfunzione del funzionamento adattivo a essa associati.

METODI

Sono stati presi in considerazione 239 soggetti adolescenti giunti a ricovero presso la Sezione adolescenti del reparto di neuropsichiatria infantile annesso alla Struttura complessa a direzione universitaria di neuropsichiatria infantile afferente

al Dipartimento di scienze della sanità pubblica e pediatriche dell'Università di Torino, ospedale infantile Regina Margherita, tra il 1° gennaio 2011 al 31 dicembre 2014 e sono stati selezionati i pazienti che rispondessero ai criteri dell'ANS previsti dal DSM 5 ¹.

Il Reparto di neuropsichiatria infantile è centro di riferimento della Regione Piemonte per la psicopatologia acuta e grave in adolescenza (disturbi dell'umore, di personalità e della condotta alimentare – anoressia restrittiva o binge/purging – in fase di scompenso, disturbi dello spettro schizofrenico, tentativi di suicidio, disturbi post-traumatici, d'ansia e fobici, disturbi del comportamento) e l'ospedale infantile Regina Margherita è polo di riferimento regionale per la patologia materno-infantile ad alta complessità.

Sono state raccolte variabili anagrafiche, demografiche e cliniche per ciascun soggetto:

- età al momento del ricovero;
- sesso;

- familiarità psichiatrica presente o assente, e in particolare familiarità per:
 - disturbo d'ansia;
 - disturbo dell'umore;
 - disturbo da dipendenza da sostanze;
 - disturbi dello spettro della schizofrenia.
- abuso di sostanze;
- fughe;
- agiti eteroaggressivi;
- sessualità promiscua;
- bullismo/cyberbullismo;
- abuso sessuale;
- maltrattamento;
- vomito autoindotto;
- difficoltà a seguire l'iter scolastico;
- uso patologico di internet (condotte di ritiro oppure sovraesposizione sociale, "retomani sociali" con comportamenti estremi volti a ottenere visibilità e popolarità tra i coetanei);
- tentativo di suicidio (specificato se prima o dopo la comparsa delle condotte autolesive);
- presenza d'ideazione suicidaria;
- età di comparsa delle condotte autolesive;
- modalità di autolesionismo (raccolta secondo la versione modificata da Lundh del DSHI¹⁹);
- frequenza delle condotte autolesive nell'ultimo anno (distinte in meno di 20 episodi/più di 20 episodi);
- motivazione della condotta autolesiva, secondo le indicazioni del DSM 5: ottenere sollievo da una sensazione o uno stato cognitivo negativi; risolvere una difficoltà interpersonale o ottenere una sensazione positiva. A queste motivazioni abbiamo aggiunto il rinforzo sociale¹² e l'autopunizione;
- diagnosi di disturbo di personalità e dell'umore (attraverso l'uso della Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I clinician version SCID I e della Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II personality disorder SCID II^{20 21});
- diagnosi di disturbo del comportamento alimentare (secondo i criteri del DSM 5¹).

A tutti i soggetti del campione è stata somministrata la Global Assessment of Functioning (GAF²²): tale scala valuta il funzionamento globale del paziente e la severità dei sintomi; essa correla in maniera affidabile con la diagnosi clinica, con i sintomi psichiatrici, e

con le altre scale di outcome clinico. Tale scala richiede al clinico di valutare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo in un ipotetico continuum salute-malattia mentale che va dallo stato di grave disturbo mentale (indicato con il punteggio di 1) a quello di perfetta salute psicologica (indicato con il punteggio di 90). Nella versione adottata dal DSM IV è stato aggiunto anche l'intervallo 91-100, che indica un funzionamento superiore alla norma. La scala è rappresentata da una linea suddivisa in 10 intervalli di gravità, ciascuno dei quali a sua volta è ulteriormente suddiviso in 10 punti.

Tutti i soggetti hanno inoltre compilato la Youth Self Report per ragazzi dagli 11 ai 18 (YSR²³), che misura le competenze percepite, il funzionamento adattivo e i problemi degli adolescenti nei sei mesi antecedenti la somministrazione del test. Tale test presenta affidabilità e validità adeguate. Il questionario include 132 items che consentono una risposta che va da 0 "non vero", 1 "a volte vero", oppure 2 "molto o spesso vero". Vi sono 20 items relativi alle competenze, sulla base della partecipazione dell'adolescente a varie attività, suddivise in competenze sociali (ad esempio, il numero di amici), o scolastiche (matematica, lingue, storia ecc.). A seguire, 112 items misurano 8 sottoscale sintomatologiche quali ritiro, problemi somatici, ansia/depressione (raggruppati nel cluster dei problemi internalizzanti), comportamenti aggressivi e dirompenti (raggruppati nel cluster dei problemi esternalizzanti) e tre sottoscale che misurano difficoltà che possono ricadere sia nel cluster esternalizzante che internalizzante: problemi di pensiero, di attenzione e sociali. I punteggi ricavati possono essere anche convertiti in scale DSM IV-oriented: problemi d'ansia, affettivi, somatici, di deficit di attenzione e iperattività, della condotta e oppositivi provocatori. Infine i punteggi medi alle scale della YSR vengono comparati con i punteggi dei controlli normali per la medesima età e sesso (i punteggi normativi sono disponibili sul manuale di somministrazione²³).

I dati del campione in esame sono stati analizzati con SPSS versione 21.0 (SPSS inc., Chicago, IL, USA). L'analisi descrittiva è stata effettuata mediante media, range, deviazione standard e intervallo di confidenza al 95%. Le relazioni tra le variabili continue sono state analizzate mediante test t-student per campioni

indipendenti. Le variabili nominali e ordinali sono state analizzate con il test di Pearson Chi quadro e con il test di Fisher a due code. Il valore di p è stato fissato a 0,05.

RISULTATI

Il campione studiato è costituito da 40 adolescenti, di età compresa tra 12 e 16 anni (età media 14,03 anni, $DS \pm 1,14$, IC 95% 13,66-14,39), 38 femmine e 2 maschi.

Come da criteri del DSM 5 sono stati esclusi i pazienti con diagnosi di disabilità intellettiva, patologia neurologica, disturbi dello spettro autistico e schizofrenico. Tutti i soggetti sono di origine italiana tranne una ragazza di origine sudamericana.

L'età media di esordio delle condotte autolesive è di 13,53 anni ($DS \pm 1,34$, IC 95% 13,10-13,95), di poco inferiore a quella del momento del ricovero (14,03 anni, $DS \pm 1,143$, IC 95% 13,66-14,39).

La prevalenza delle condotte NSSI nei primi tre anni del periodo considerato (2011-2013) è del 16,7%, con un valore medio di 9,1%, nell'ultimo anno (2014) è del 33,3%. La costante tendenza all'aumento nella prevalenza delle condotte NSSI nel periodo 2011-2014, sino a raggiungere nel 2014 un incremento di tre volte rispetto all'anno precedente e di ben tre volte e mezzo rispetto alla media dei tre anni precedenti (9,1%), riflette in modo efficace l'esperienza del clinico di trovarsi di fronte a una sorta di epidemia di adolescenti che si autoferiscono e giungono a ricovero non tanto per la condotta autolesiva, in tutti i casi preesistente al momento del ricovero, quanto per la gravità della psicopatologia sottostante.

La maggioranza degli adolescenti (32 soggetti, 80%) utilizza modalità singole di autolesività, mentre il 20% (8 adolescenti) ha messo in atto modalità plurime e in circa la metà dei casi (19 soggetti, 47,5%) la frequenza è elevata (oltre 20 volte).

La quasi totalità dei pazienti (38/40) si taglia, 6 si graffiano; le altre condotte sono rappresentate in maniera meno significativa (Tab. II).

Tutti i soggetti mettono in atto condotte autolesive con l'aspettativa di "ottenere sollievo da una sensazione o uno stato cognitivo negativi" (DSM 5¹); 2 per risolvere una difficoltà interpersonale; 11 (27,5%)

TAB. II. Deliberate Self Harm Inventory, versione modificata¹⁹.

| Modalità autolesive: | Presenti |
|---|----------|
| Tagliarsi | 38 |
| Graffiarsi | 6 |
| Mordersi | - |
| Brucciarsi con accendini o sigarette | 2 |
| Incidersi parole, simboli sulla pelle | 1 |
| Passare la cartavetro sulla pelle | - |
| Versare acido sulla pelle | - |
| Utilizzare candeggina, solventi, detersivi per smacchiare la pelle | - |
| Conficcare oggetti taglienti o appuntiti come aghi, spille nella pelle (esclusi i piercing) | 1 |
| Strofinare vetro sulla pelle | - |
| Fratturarsi le ossa | - |
| Battere con il capo fino a procurarsi lividi | - |
| Colpirsi fino a procurarsi lividi | - |
| Interferire con la guarigione delle ferite | 1 |
| Altro | - |

quale rinforzo sociale e 8 (20%, di cui 5 con disturbo dell'alimentazione) come modalità di autopunizione. Sono presenti tratti comportamentali disfunzionali quali vomito autoindotto (16 soggetti, 40%), fughe (9 soggetti, 22,5%) e agiti etero aggressivi (14 soggetti, 35%); 6 adolescenti (15%) fanno uso di sostanze; 5 (12,5%) presentano sessualità promiscua. 12 soggetti (30%) sono vittime di bullismo o cyber bullismo e 11 (27,5%) fanno uso di internet in modo patologico. 13 (32,5%) pazienti non sono in grado di seguire in modo regolare l'iter scolastico.

Questi aspetti rendono ragione di una condizione d'importanti difficoltà adattive con manifesta disabilità sociale evidenziate alla GAF dal valore medio di 47,25 ($DS \pm 8,69$, IC 95% 44,47-50,03), corrispondente alla "presenza di gravi sintomi, o qualsiasi importante alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico".

Alla YSR le competenze totali sono tutte in range borderline mentre i punteggi medi riportati alle scale delle qualità positive sono nella norma.

Nel campione le diagnosi di disturbo di personalità e disturbo alimentare sono fortemente rappresentate, rispettivamente nel 52,5% e nel 47,5% degli adole-

scenti. Dei 21 soggetti (52,5%) che soddisfano i criteri per un disturbo di personalità 12 (57,1%) presentano un disturbo borderline, 7 (33,3%) un disturbo istrionico e 2 (11,8%) un disturbo antisociale-psicopatico. In circa la metà dei soggetti del campione (19, 47,5%) è presente una diagnosi di disturbo dell'alimentazione: anoressia nervosa restrittiva con condotte di eliminazione (9 soggetti, 47,4%), disturbo da condotta di eliminazione (4 soggetti, 21%), anoressia nervosa atipica (3 soggetti, 15,8%), binge-eating (2 soggetti, 10,5%), bulimia nervosa (1 soggetto, 5,3%). 4 adolescenti (10%) presentano un disturbo dell'umore: 3 un disturbo depressivo, 1 un disturbo bipolare tipo I. In 5 soggetti (12,5%) è presente una pregressa condizione di abuso sessuale o maltrattamento fisico. In 25 soggetti (62,5%) è presente familiarità per disturbi psichiatrici, anche multipla: in 14 (35%) per disturbo dell'umore, in 9 (22,5%) per disturbi d'ansia e da dipendenza da sostanze/alcool e in 2 (5%) per patologie dello spettro schizofrenico.

11 soggetti (27,5%) hanno compiuto un tentativo di suicidio, e di questi l'81,8% (9 soggetti) dopo l'esordio delle condotte autolesive. 28 adolescenti (70%) presentano ideazione suicidaria non legata all'atto autolesivo che in nessun caso ha rappresentato una modalità per porre fine alla propria vita.

DISCUSSIONE

Il primo dato interessante che emerge è il netto aumento degli adolescenti che giungono a ricovero presentando NSSI negli ultimi quattro anni e in particolare nell'ultimo considerato (33,3% nel 2014 vs 9,1% nei tre anni precedenti). Questo dato non è confrontabile con la letteratura dei grandi numeri pubblicata sull'argomento²⁴ che evidenzia come in ambienti comunitari la prevalenza di condotte autolesive sia stabile, in particolare nel periodo 2005-2011. Non sono disponibili dati più recenti, in particolare riferiti alla popolazione italiana e ai contesti clinici. Negli adolescenti ospedalizzati la prevalenza delle condotte autolesive è stimata intorno al 32%-50%²⁵, dato sovrapponibile a quanto qui rilevato. Va però considerato un bias di selezione del campione per la presenza di un centro per la diagnosi e cura dei disturbi del comportamento alimentare nell'ospedale

presso cui operiamo che contribuisce a una prevalenza così sbilanciata verso il sesso femminile (38 femmine e 2 maschi) e le difficoltà della struttura a ospitare adolescenti maschi con disturbi comportamentali.

Se si assume come gruppo di controllo il campione costituito dai soggetti ricoverati nello stesso periodo (2011-2014) che non hanno presentato condotte autolesive, si osserva che la prevalenza del sesso femminile è del 76,1%, contro il 95% del campione in studio, con una differenza statisticamente significativa ($p = 0,012$). Tale elemento conferma che la differenza di genere, sbilanciata per il sesso femminile, è maggiore nei contesti comunitari²⁶. L'età media di esordio dell'autolesività (13,53 anni) è sovrapponibile a quanto riportato in letteratura: per entrambi i sessi è generalmente stimata tra 12 e 14 anni, anche nei campioni clinici, italiani e stranieri^{27 18 28}.

Sono maggiormente utilizzate modalità autolesive singole, sotto forma di tagli (38 soggetti) e graffi (6 soggetti), in accordo con la letteratura su campioni anche clinici²⁷ e di provenienza italiana^{15 16 29}. Uno studio recente di metanalisi²⁶ conferma l'associazione tra il sesso femminile e la modalità del cutting. In questo campione modalità plurime si associano in modo significativo con i disturbi dell'alimentazione ($p < 0,05$).

Per tutti gli adolescenti studiati le condotte autolesive svolgono una funzione di regolazione affettiva, con l'intento di alleviare uno stato interno molto disturbante. Questo dato è confermato dalla letteratura, anche nei campioni clinici²⁷. Concomitano, seppure in misura minore rinforzo sociale e modalità autopunitive, in particolare nelle ragazze con disturbo alimentare. In letteratura è riportato che l'uso di condotte autolesive come modalità di segnalazione del dolore al caregiver o di affiliazione tra pari è tipico della media adolescenza, quando aumenta il tempo trascorso con i coetanei in assenza di supervisione dell'adulto.

In questo studio l'ANS è presente nei disturbi di personalità, dell'alimentazione e dell'umore, a conferma della caratteristica transnosografica e di non esclusivo appannaggio del disturbo borderline di personalità, per cui nel DSM 5 è stata inclusa come condizione a sé stante^{1 10}. Il 30% dei soggetti ottiene una diagnosi di disturbo borderline di personalità, in linea con quanto riportato da In-Albon (24,2%) ma significati-

vamente inferiore ($p < 0,05$) a quanto rilevato in altri studi su campioni clinici^{18 30}. I disturbi di personalità (42,5% del totale) appartengono esclusivamente al cluster B (disturbo di personalità borderline/antisociale/istrionico), in accordo con quanto riportato dall'unico studio italiano su un campione clinico¹⁸.

L'elevata prevalenza (47,5%) di disturbi dell'alimentazione è ascrivibile alla presenza di un centro per la diagnosi e cura dei disturbi alimentari presso questa struttura; d'altra parte, in letteratura, è ben nota l'associazione tra disturbi dell'alimentazione e condotte autolesive, caratterizzata dall'esordio in adolescenza, dalla prevalenza nel sesso femminile e dall'aumentata incidenza negli ultimi decenni. Sia le condotte autolesive che i disturbi alimentari sono stati concettualizzati come meccanismi disfunzionali di coping e in entrambe le condizioni sono presenti impulsività, disregolazione emotiva, dissociazione, elevata autocritica, bisogno di controllo e traumi precoci^{31 32} difficoltà nel contatto emotivo, nella costruzione di una identità stabile e nella regolazione degli stati interni³¹, ossia un disregolazione emotiva agita sul corpo percepito e vissuto in maniera negativa. È interessante osservare come nel campione in esame il disturbo dell'alimentazione sia associato a modalità plurime di autolesività ($p < 0,05$), come riportato in letteratura^{31 32}.

Nel campione il 27,5% dei soggetti ha compiuto un tentativo di suicidio, nella maggioranza dei casi (81,8%) dopo l'esordio delle condotte autolesive; l'ideazione anticonservativa è assai rappresentata (70% dei soggetti). La letteratura riporta dati più elevati sulla percentuale di tentativi di suicidio nei campioni clinici (33-70% dei soggetti^{30 33}). A questo proposito è importante sottolineare che i soggetti in esame sono stati reclutati al momento del primo accesso alle cure e in giovane età. Il fatto che le condotte autolesive siano nella maggior parte dei casi antecedenti il tentativo si situa in linea con l'ipotesi secondo cui esse possano essere protettive nei confronti dell'agito suicidario e che, se ripetitive, possano rappresentare in qualche modo una porta d'ingresso verso il suicidio³⁴. In accordo con questa teoria sta il riscontro nel campione di un'associazione significativa ($p < 0,05$) tra elevata frequenza di NSSI (oltre 20) e ideazione suicidaria, in linea con quanto già noto secondo cui la frequenza delle NSSI è predittiva lifetime di comportamento

suicidario, anche in misura tanto maggiore quanti più sono i metodi utilizzati³⁵, dato, quest'ultimo, che non è emerso in questo studio.

È riconosciuto che gli adolescenti con NSSI presentano difficoltà adattive con manifesta disabilità sociale e scolastica. Il punteggio medio riportato alla GAF in questa casistica (47,25) è sovrapponibile a quanto pubblicato in letteratura in campioni clinici: 49,2²⁷ e 53,70²⁸. In particolare è presente un'associazione significativa ($p < 0,05$) tra punteggi più bassi ed elevata frequenza di condotte autolesive. Si tratta di una compromissione significativa del funzionamento, da interpretare non solo per la presenza delle condotte autolesive quanto per la gravità della psicopatologia in soggetti ospedalizzati. È noto come nella popolazione clinica le NSSI siano più frequenti e più gravi rispetto ai campioni comunitari e siano associate a una psicopatologia più severa¹³. Come segnalato¹¹ anche in questa casistica gli adolescenti riportano ridotte competenze totali (range borderline) ma qualità positive nella norma, come se percepissero il proprio funzionamento più adeguato di quello reale. La compromissione del funzionamento, valutata tra le caratteristiche suggestive per l'inserimento delle NSSI come categoria diagnostica a sé stante^{7 10}, diviene nel DSM 5¹ un criterio diagnostico ("il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti"). La rilevante presenza di familiarità psichiatrica (62,5%) rimanda al carico biologico e al peso delle relazioni familiari e rappresenta un elemento aggiuntivo della psicopatologia.

Possiamo pensare le condotte ANS come una condizione psicopatologica caratterizzata in contesto clinico da compromissione grave del funzionamento adattivo associata a psicopatologia severa e precoce, al cui interno è però necessario identificare fattori di rischio specifici che contribuiscano a delineare possibili traiettorie evolutive, quali l'età di esordio delle condotte, la frequenza, la loro durata, le modalità, l'ideazione suicidaria, i tentativi di suicidio, le condotte devianti e/o "a rischio", la presenza di altre modalità autolesive indirette, la diagnosi di personalità ecc.

È auspicabile poter estendere la ricerca sia a popolazioni di pazienti meno gravi, ad esempio seguiti a

livello ambulatoriale, sia appartenenti a contesti comunitari che non giungono all'attenzione del clinico, in modo da delineare un continuum dell'espressività sintomatologica e clinica di questa condizione oggi assai diffusa che pone importanti questioni ancora aperte rispetto alla conoscenza, all'approfondimento diagnostico e al trattamento.

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione (DSM-5)*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore 2014.
- 2 Menninger K. *Man against himself*. London: Harvest Book 1938.
- 3 Favazza AR, Conterio, K. *Female habitual self-mutilators*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1989;79:283-9.
- 4 Herpertz S. *Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers*. Acta Psychiatr Scand 1995;91:57-68.
- 5 Pattison EM, Kahan J. *The deliberate self-harm syndrome*. Am J Psych 1983;140:867-72.
- 6 Alderman T. *The scarred Soul: understanding and Ending Self-Inflicted Violence*. Oakland, California: New Harbinger Publication 1997.
- 7 Shaffer D, Jacobson C. *Proposal to the DSM-5 childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-5 disorder*. Proposed revisions: Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence. DSM-5 Development Arlington, VA: American Psychiatric Association 2009.
- 8 Gratz KL. *Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory*. J Psychopathol Behav Assess 2001;23:253-63.
- 9 Nock MK. *Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury*. Curr Dir Psychol Sci 2009;18:78-83.
- 10 Muehlenkamp JJ. *Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome*. Am J Orthopsychiatr 2005;75:324-33 .
- 11 Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, et al. *Differences in psychological symptoms and self-competencies in nonsuicidal self-injurious Flemish adolescents*. J Adolesc 2012;35:753-9.
- 12 Nock MK, Prinstein MJ. *A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior*. J Consult Clin Psychol 2004;72:885-90 .
- 13 Nock MK, Cha CB, Dour HJ. *Disorders of impulse-control and self-harm*. In: DH Barlow, ed. *Oxford Handbook of Clinical Psychology*. New York: Oxford Univ Press 2010.
- 14 Sarno I, Madeddu F, Gratz KL. *Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample*. Eur Psychiatry 2010;25:136-45.
- 15 Cerutti R, Manca M, Presaghi F, et al. *Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents*. J Adolesc 2011;34:337-47.
- 16 Di Pierro R, Sarno I, Perego S, et al. *Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and altreatment on the presence and severity of behaviours*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2012;21:511-20.
- 17 Giletta M, Scholte R, Engels R, et al. *Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States*. Psych Res 2012;197:1-2;15:66-72.
- 18 Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. *Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012;30;6:12.
- 19 Lundh LG, Karim J, Quilisch E. *Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory*. Scand J Psychol 2007;48:33-41.
- 20 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc. 1997.
- 21 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I clinician version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc. 1996.
- 22 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association 2000.
- 23 Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families 2001.
- 24 Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, et al. *International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012;6:10.
- 25 Plener PL, Libal G, Keller F, et al. *An international comparison of adolescent nonsuicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA*. Psychol Med 2009;39:1549-58.
- 26 Bresin K, Schoenleber M. *Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis*. Clin Psychol Rev 2015;6;38:55-64.
- 27 Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. *Affect regulation*

- and addictive aspects of repetitive Self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41;11:1333-41.
- ²⁸ In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psych J* 2013;1-12.
- ²⁹ Manca M, Presaghi F, Cerutti R. Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psych Res* 2014;215:1111-9.
- ³⁰ Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatr Res* 2006;144:65-72.
- ³¹ Claes L, Luyckx K, Bijttebier P, et al. Non-suicidal self-injury in patients with eating disorder: associations with identity formation above and beyond anxiety and depression. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23:119-25.
- ³² Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37:409-21.
- ³³ Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:772-80.
- ³⁴ Joiner TE. *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press 2005.
- ³⁵ Anestis MD, Khazem LR, Law KC. How many times and how many ways: the impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav* 2015;45:164-77.

CORRISPONDENZA

Chiara Davico, Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienza della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, piazza Polonia 94, 10100 Torino - Tel. +39 011 6961642 - E-mail: caiadav@fastwebnet.it