

Epstein Mark (1996) *Pensieri senza un pensatore. La psicoterapia e la meditazione buddhista*. Ubaldini ed.

Fassino, S., Daga, G.A., Pierò, A., Delsedime, N. (2007). *Psychological factors affecting eating disorders*. *Adv Psychosom Med*, 28, 141-168.

Fairburn CG, Marcus MD e Wilson GT, *Cognitive behavioural therapy for binge eating and bulimia nervosa*. In Fairburn CG & Wilson GT (Eds.), *Binge eating nature: assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 361-404, 1993.

Fairburn CG, Harrison PJ. 2003 *Eating Disorders*. *Lancet*. 361:407-416,.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Fonagy P. Allen J. (2006) *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Il Mulino ed.

Gordon A.R. 1990. *Anoressia e Bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*. Milano, Cortina ed.

Lago G.(2006). *La psicoterapia Psicodinamica Integrata. Le basi ed il metodo*. Alpes ed .

Merli M., Bellini M. 2013, *Bulimia Nervosa*. <http://www.psychiatryonline.it/node/1167>.

Olendzky, A. (2008). In Didonna (A cura di), *Clinical Handbook For Mindfulness* (pp. 87-96). New York: Springer

Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P, ESEMeD-WMH Investigators. *The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project*. *J Psychiatr Res*. 2009 Sep; 43(14):1125-32.

Ramacciotti CE1, Paoli RA, Marcacci G, Piccinni A, Burgalassi A, Dell'Osso L, Garfinkel PE. *Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders*. *Psychiatry Res*. 2005 Jun 15;135(2):165-70..

Russell G. *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine / Vol- 9 / Aug. 1979*, pp 429-448

Safer D. Telch C. Chen E.(2009). *Binge eating e Bulimia. Trattamento Dialettico Comportamentale*. R. Cortina editore

Speranza M, Loas G, Wallier J, et al. (2007). *Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study*. *J Psychosom Res*, 63, 365-71

Segal Z., Williams M., Teasdale J., 2002. Trad. it. *Mindfulness*. Torino, Bollati Boringhieri 2006.

Treadway T., Lazar S.W: (2010) *Meditazione e neuroplasticità* in Baer R. (2010). *Come funziona la mindfulness*. R. Cortina ed

NON-SUICIDAL SELF-INJURY IN ADOLESCENZA

Giuseppe D'Agostino¹

Riassunto: Il Non – suicidal Self – Injury (NSSI), in italiano Autolesionismo non suicidario, è un disturbo del comportamento che spinge la persona ad infliggersi ferite senza l'intenzione di suicidarsi. A causa dell'aumento della sua diffusione e dell'età di esordio durante l'adolescenza, il NSSI ha ricevuto, negli ultimi anni, grande attenzione sia in ambito scientifico che sociale. L'obiettivo del presente articolo è di illustrare i più recenti contributi sull'argomento.

Summary: Non-suicidal Self-Injury (NSSI) is a behavior disorder that induces people to self-inflict wounds without the intention to commit suicide. Because of the increase of diffusion and the age of onset during the adolescence, the NSSI has recently received a great deal of attention in both scientific and social area. The most recent contributions on the subject are thoroughly presented in this paper.

Il *Non-suicidal Self-Injury* (NSSI), in italiano *Autolesionismo non suicidario*, è stato definito dall'International Network for the Study of Self-Injury (ISSS) come «distruzione deliberata e autoinflitta di tessuto corporeo che provoca un immediato danno, senza un intento suicidario e per scopi non sociali» (2007).

Attualmente il NSSI è inserito nella sezione *Condition for further Study* del DSM - V. È considerato una “condizione” non sufficientemente conosciuta (i criteri proposti non sono da considerarsi per uso clinico) e ne è incoraggiato l'approfondimento attraverso la ricerca.

Tra gli adolescenti ricoverati, il NSSI ha una larga diffusione, fino all'80% (Glenn e Klonsky, 2012). I dati che si riferiscono alla popolazione generale sono meno concordi e variano a seconda delle nazioni

¹ Dott. Giuseppe D'Agostino, psicologo psicoterapeuta, Socio fondatore Adirppi.

e dei continenti considerati: dal 10% al 44% negli Stati Uniti e nel Canada (Gratz, 2006; Nixon e al., 2008; Whitlock e al., 2006); il 27,6% in Europa (dal minimo dell'Ungheria 17,1% al massimo della Francia 38,7%) (Brunner e al., 2014); il 23,6% in Italia (Giletta e al., 2012).

Per quanto riguarda l'esordio, sebbene il primo episodio possa verificarsi tra i 12 e i 24 anni (Favazza e Conterio, 1989; Herpertz, 1995), la maggior parte delle ricerche ha rilevato che la fascia di età nella quale gli adolescenti diventano *self-injurers*, cioè autolesionisti, va dai 12 ai 16 anni (Nock e Prinstein, 2004; Muehlenkamp e Gutierrez, 2007; Klonsky e al., 2011). In Italia, Ferrara e al. (2012) hanno individuato l'età media di esordio a 12,3 anni.

In riferimento alle differenze della diffusione del NSSI tra i sessi, sebbene alcuni autori ritengono che il sesso femminile sia maggiormente incline a comportamenti autolesionistici rispetto a quello maschile, non ci sono ricerche che hanno provato definitivamente questa ipotesi (Laye-Gindhu e Schonert-Reichl, 2005). Heath e al. (2008) hanno sostenuto che questi risultati sono emersi da ricerche che hanno studiato campioni non riferibili alla popolazione generale.

Sembrano invece esistere differenze tra i sessi per quanto riguarda la predilezione per particolari pratiche autolesionistiche. Ad esempio, i maschi tenderebbero con maggiore frequenza a bruciarsi, mentre le femmine a tagliarsi e a sfregare eccessivamente la pelle (Heath e al., 2008).

È stato suggerito che, per gli individui omosessuali, bisessuali e per coloro che hanno incertezze rispetto alla propria identità sessuale, possa essere maggiore la probabilità di diventare *self-injurers* (Lofthouse e Yager-Schweller, 2009; Whitlock e al., 2006), possibilmente a causa della pressione sociale e della marginalizzazione alla quale queste individui sono sottoposti (Alexander e Clare, 2004).

Passando alla descrizione dei comportamenti autolesionistici, possiamo dire che qualsiasi atto rivolto deliberatamente contro di sé allo scopo di arrecarsi un danno fisico senza l'intenzione di suicidarsi rientra nel NSSI. Tuttavia, dalla letteratura emerge chiaramente che alcuni comportamenti autolesionistici sono praticati più di altri: tagliarsi

(70-97%) (Klonsky, 2007); sbattere contro/colpire un oggetto (21-44%) (Rodham e Hawton, 2009); bruciarsi (15-35%) (Rodham e Hawton, 2009). Altri comportamenti autolesionistici sono: incidere la pelle (scrivendo parole o disegnando simboli), strappare pelle o capelli, ammaccare o rompere le ossa (Whitlock e al., 2006); sfregare eccessivamente la pelle, evitare di curare le ferite (Kanan e al., 2008).

Per quanto riguarda l'Italia, Ferrara e al. (2012) hanno rilevato che, nel campione studiato (54 adolescenti ricoverati), il 60,5% degli individui praticavano differenti tipi di comportamenti autolesionistici (tagliarsi 80,8%, grave sfregamento 57,7%, interferenza con la cura delle ferite 50%, conficcare spilli, aghi e chiodi nella pelle 42,3%).

In genere, l'atto autolesionistico è rivolto all'addome ed agli arti (Walsh, 2007). I *self-injurers* che provocano lesioni in altre parti del corpo (viso, occhi, collo, regione giugulare, genitali) spesso hanno maggiori problemi psicologici.

Per quanto riguarda la frequenza con la quale gli adolescenti praticano comportamenti autolesionistici e sulle specifiche circostanze che ne favoriscono l'attuazione non ci sono dati univoci. In uno studio condotto nel 2002, Ross e Heath hanno riscontrato, tra gli adolescenti *self-injurers*, le seguenti percentuali: il 13,1% del campione attuava giornalmente NSSI, il 29,7% bisettimanalmente, il 19,6% bimensilmente, il 19,6% episodicamente, il 18% una volta nella vita.

In un interessante lavoro, Nock, Prinstein e Sterba (2010), utilizzando il metodo denominato *ecological momentary assessment* (EMA), che permette l'acquisizione dei dati in tempo reale, per rilevare la frequenza dei pensieri relativi ai comportamenti autolesionistici e la loro attuazione, hanno riscontrato che gli adolescenti del campione considerato sperimentavano mediamente cinque pensieri a settimana relativi all'autolesionismo, della durata di 1-30 minuti. Di questi pensieri, 1,6 si traducevano in reali comportamenti. La maggior parte dei pensieri relativi a comportamenti autolesionistici erano più frequenti quando gli adolescenti erano soli. Inoltre, il 33,3% degli adolescenti sperimentava pensieri relativi al suicidio.

L'eziologia del NSSI è estremamente complessa e coinvolge: fattori

biologici; abusi, traumi infantili e stili genitoriali; stili d'attaccamento; tratti di personalità.

Fattori biologici

1) Predisposizione genetica all'elevata reattività emotiva e cognitiva dovuta a polimorfismi di geni specifici (5-HTTLPR e Triptofano idrossilasi);

2) Alterazione della reattività fisiologica: questo fattore è evidenziato, nei *self-injurers*, sia dalla presenza di elevati livelli di arousal (Nock e Mendes, 2008) sia dal fatto che immaginare di eseguire un atto autolesionistico produce rilassamento fisiologico (Brain e al., 1998; Haines e al., 1995);

3) Sistema Serotoninergico: il coinvolgimento di questo sistema nel NSSI è dimostrato dalla ridotta produzione di serotonina (Yates, 2004) e dal fatto che l'assunzione degli inibitori della ricaptazione della serotonina (SRRI) diminuisce i comportamenti autolesionistici (Schroeder e al., 2001);

4) Oppioidi endogeni: in soggetti che hanno una storia ripetuta di comportamenti autolesionistici si osservano bassi livelli di oppioidi endogeni (Groschwitz e Plener, 2012). Il NSSI ristabilisce i normali livelli degli oppioidi, che sarebbero cronicamente ridotti (Stanley, 2010).

Abusi, traumi infantili e stili genitoriali

Sebbene, storicamente, l'abuso sessuale sia stato considerato un fattore decisivo per lo sviluppo del NSSI, attualmente è ritenuto un elemento senz'altro importante ma in congiunzione con altre variabili (Maniglio, 2011).

Secondo alcuni autori, i *self-injurers* hanno avuto, durante l'infanzia, più esperienze di abbandono emotivo o trascuratezza fisica (Klon-

sky e Glenn, 2009). Altri hanno sottolineato che l'abuso sessuale e la trascuratezza fisica sono più strettamente collegate al NSSI, e che l'abuso fisico e la trascuratezza emotive sono meno predittivi di comportamenti autolesionistici (Glassman e al., 2007).

Inoltre, sembra essere complessa anche la relazione tra abuso precoce e caratteristiche specifiche del NSSI: l'abuso fisico predirebbe meglio il NSSI intermittente, mentre l'abuso sessuale il NSSI ricorrente (Yates e al., 2008).

Muelenkamp e al. (2010) hanno sviluppato una interessante ipotesi che collega abusi fisici e NSSI: subire abusi fisici durante l'infanzia potrebbe rendere più capaci di tollerare il dolore fisico. Come conseguenza, l'adolescente potrebbe essere più incline a scegliere come strategia di coping disadattiva il NSSI, piuttosto che strategie meno dolorose come l'abuso di sostanze.

Il filone di ricerca che ha cercato di validare l'ipotesi proposta da Linehan (1993) ha prodotto risultati interessanti per la comprensione delle relazioni tra contesti familiari e NSSI. Secondo questa ipotesi, se un individuo è esposto precocemente ad un ambiente invalidante svilupperà scarse capacità relazionali e di regolazione delle emozioni, che produrranno strategie di coping disadattive.

Baetens e al. (2014) hanno rilevato che adolescenti *self-injurers* percepiscono i propri genitori come più controllanti sia da un punto di vista fisico che psicologico. I genitori sono caratterizzati da una combinazione di alto controllo e basso supporto.

In una ricerca effettuata da Bureau e al. (2010), è emerso che gli adolescenti *self-injurers* hanno avuto genitori incapaci di svolgere il proprio ruolo, molto controllanti e non disponibili alla comunicazione. Questo ha generato sentimenti collegati alla scarsa protezione percepita e paura per l'abdicazione del ruolo genitoriale. Un atteggiamento di rifiuto da parte dei genitori (es. «Mia madre mi criticava e diceva che ero pigro e incapace di fronte agli altri») induce uno stato di ruminazione depressiva ed aumenta notevolmente la probabilità di praticare il NSSI allo scopo di regolare stati emotivi, di ridurre sintomi da depersonalizzazione e di distrarsi da pensieri disturbanti e relativi

al suicidio (Quirk e al., 2014).

Yates (2004) ha suggerito che le esperienze di maltrattamento familiare possono minare le capacità adattive dell'individuo, il quale può sentirsi isolato e incerto sulle relazioni interpersonali, sviluppare sentimenti ostili autodiretti, divenire incapace di verbalizzare le emozioni, sperimentare una confusione dei confini con l'altro.

Stili d'attaccamento

Sebbene ci siano pochi studi che hanno direttamente analizzato il NSSI e gli stili di d'attaccamento, i risultati disponibili sembrano supportare l'ipotesi di una associazione tra NSSI e stile di attaccamento insicuro.

In uno studio longitudinale, Tatnell e al. (2013) hanno evidenziato, in adolescenti tra i 12 ed i 18 anni, che uno stile di attaccamento insicuro ansioso è associato con l'insorgenza del NSSI.

Inoltre, i *self-injurers* riportano uno stile di attaccamento con i genitori non adeguato, ma non differiscono dai non *self-injurers* per quanto riguarda lo stile di attaccamento con i pari. Secondo gli autori, questo suggerirebbe che le relazioni precoci hanno una maggiore capacità di influenzare lo sviluppo del NSSI, rispetto alle relazioni attuali o successive (Hallab e Covic, 2010).

La qualità dell'attaccamento è stato messo in relazione con diversi aspetti del NSSI. L'attaccamento insicuro indurrebbe la rinuncia della ricerca di supporto sociale di fronte a traumi (Yates, 2004), stati dissociativi (NSSI come strategia di riappropriazione del corpo) (Gunder-son, 1984; Klonsky, 2007), l'interiorizzazione di qualità negative dei caregivers e quindi alla disapprovazione di sé (stile autocritico e perfezionismo) (Mikulincer e Shaver, 2007), elevati livelli d'ansia derivanti dalla rappresentazione dell'"altro" come critico e abbandonante (Allen, 1995) e disregolazione emotiva (Mikulincer e Shaver, 2007).

Tratti di personalità

Data la complessità del NSSI, non è possibile, allo stato attuale della ricerca, stabilire univocamente perché un individuo pratica comportamenti autolesionistici non suicidari.

Le ricerche prodotte sull'argomento sembrano individuare motivazioni differenti rispetto a gruppi di individui con specifiche caratteristiche. In particolare è emersa una connessione tra NSSI da un lato e impulsività e perfezionismo dall'altro.

L'impulsività è un costrutto che comprende una serie di caratteristiche: ricerca di forti sensazioni, mancanza di pianificazione, ricerca della novità, incapacità a ritardare la gratificazione e avventurosità.

Appare di particolare importanza che aspetti specifici dell'impulsività siano più strettamente correlati con il NSSI. Ad esempio, l'incapacità a perseverare nel perseguimento di un obiettivo caratterizza gli adolescenti *self-injurers* (Nock e Mendes, 2008), e questo si collega all'idea che individui propensi ad evitare situazioni stressanti hanno maggiori probabilità di attuare comportamenti autolesionistici (Hamza e al., 2015).

Anche per quanto riguarda il perfezionismo, inteso come tentativo di conseguire risultati non realistici in molti ambiti della vita, sembra probabile che particolari aspetti di questo costrutto contribuiscano a generare una vulnerabilità al NSSI. Il NSSI è associato con la preoccupazione di sbagliare, con la critica genitoriale e con l'esigenza di essere altamente organizzati (Hoff e Muehlenkamp, 2009).

Il NSSI è spesso associato ad altre patologie e disturbi. Il 70-80% degli individui affetti da Disturbo Borderline di Personalità (DBP) attua una qualche forma di autolesionismo (Kress e Hoffman, 2008). NSSI e DPB hanno in comune la disregolazione emotiva ed il NSSI rappresenta una potenziale reazione ad esperienze di abbandono reali o percepite.

Il NSSI è fortemente correlato ad elevati livelli di ansia: l'autolesionismo si configura come strategia atta a ridurre la tensione interiore (Ross e Heath, 2003).

Vari studi hanno collegato il NSSI e la Depressione. Nei *self-injurers* adolescenti si riscontrano più frequentemente depressione maggiore e sintomi depressivi (Ross e Heath, 2002; Garrison e al., 1993; Darche, 1990).

Infine, esiste anche una relazione con l'Anoressia e la Bulimia. È stato stimato che approssimativamente il 22-66% degli adolescenti con diagnosi di Anoressia nervosa (Croyle e Waltz, 2007; Hilt e al., 2008) e fino al 72% di quelli con diagnosi di Bulimia (Croyle e Waltz, 2007) praticano comportamenti autolesionistici. NSSI e disturbi alimentari condividono, inoltre, alcune caratteristiche: il periodo di esordio è tipicamente l'adolescenza; in entrambi sono presenti l'insoddisfazione rispetto al proprio corpo e l'autopunizione (Favaro e Santonastaso, 2000).

Il NSSI è considerato un fattore di rischio per il suicidio (Brausch e Gutierrez, 2010). Approssimativamente il 50-70% di adolescenti che praticano l'NSSI ha una storia di tentati suicidi (Dougherty e al., 2009), e, tra i ragazzi *self-injurers* di scuole superiori e universitari, il 34-45% ha pensieri relativi al suicidio (Whitlock e Knox, 2007).

I due fenomeni si distinguono, tuttavia, per diversi aspetti: il NSSI si caratterizza come meccanismo di coping per migliorare lo stato emotivo e diminuire i sentimenti di solitudine (motivazione) (Klonsky, 2007); il NSSI provoca danni fisici di minore rilevanza (gravità delle lesioni e ricorso a cure mediche); il NSSI può provocare in familiari e conoscenti reazioni di disgusto, nausea e rifiuto, piuttosto che attenzione e cura (MacAniff e Kiselica, 2001).

Data la complessità del fenomeno, non esiste ancora una teoria riconosciuta come prevalente nella spiegazione dell'eziologia e del mantenimento del NSSI. Un individuo può praticare comportamenti autolesionistici per varie ragioni in momenti e contesti differenti. Inoltre, tali comportamenti possono svolgere varie funzioni contemporaneamente.

Esistono, tuttavia, modelli teorici sviluppati per la comprensione del NSSI che hanno ricevuto un supporto consistente dalla ricerca scientifica.

Modello delle Quattro Funzioni

Nock e al. (2009) hanno ipotizzato che il NSSI possa svolgere quattro funzioni:

1. regolare lo stato emotivo interno o a rimuovere stati emotivi e cognitivi fonte di sofferenza (*funzione di rinforzo automatico negativo*);
2. generare sentimenti, spesso di vitalità, e ridurre l'anedonia (*funzione di rinforzo automatico positivo*);
3. stimolare l'attenzione nel contesto sociale e richiedere aiuto (*funzione di rinforzo sociale positivo*);
4. gestire il rapporto conflittuale con il contesto sociale (non andare a scuola, rimanere da soli, evitare che i genitori litighino, etc.) (*funzione di rinforzo sociale negativo*).

Teoria della Regolazione Emotiva

Secondo Klonsky (2007), precoci condizioni di instabilità diminuiscono la capacità della persona di affrontare situazioni stressanti e, di conseguenza, di gestire i propri stati affettivi. Il NSSI si configura, quindi, come strategia disadattiva di coping per alleviare una profonda angoscia emotiva generata da forte eccitazione affettiva (Klonsky, 2007).

Modello della Riduzione dell'Ansia

Secondo questo modello, gli individui praticano il NSSI quando la tensione o l'ansia raggiunge livelli intollerabili (Ross e Heath, 2003). Lo scopo del NSSI sarebbe quindi una immediata esperienza di sollievo (Favazza, 1998), che riporta l'individuo ad un normale stato emotivo (Ross e Heath, 2003).

Modello dell'Apprendimento Sociale

Nock (2009) ha postulato che se un adolescente è coinvolto in relazioni nelle quali altri, in genere amici e coetanei, praticano il NSSI, aumenterà la possibilità che egli stesso diventi un *self-injurers*.

In questo modello, il gruppo di coetanei ha la possibilità di influenzare l'adolescente in un duplice senso. Può facilitare lo sviluppo del NSSI, aumentando pensieri relativi all'autolesionismo (Nock, 2009) e favorendo l'attuazione anche in gruppo di atti autolesionistici (Lieberman, Toste e Heath, 2009). Ma può anche avere l'effetto opposto, cioè aiutare una adolescente *self-injurers* a non praticare più il NSSI (Rotolone e Martin, 2012).

Considerando il rapporto tra NSSI e psicoterapia, il NSSI è ritenuto un comportamento resistente al trattamento e costituisce una sfida per la comunità medica e psicologica, anche in funzione della relazione tra NSSI e suicidio (Muehlenkamp, 2006). Generalmente, il NSSI è stato trattato in pazienti ospedalizzati, senza tuttavia il conseguimento di risultati apprezzabili in termini di efficacia. È fondamentale, quindi, lo sviluppo di trattamenti empiricamente supportati da utilizzare con i *self-injurers* dopo la dimissione (Muehlenkamp, 2006).

Attualmente, alcuni trattamenti di approccio psicodinamico, in particolare la Psicoterapia Psicodinamica Interpersonale (Stevenson e Meares, 1992), la Terapia basata sulla mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 1999) e la Psicoterapia basata sul transfert (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999, 2006), e alcune trattamenti di approccio cognitivo – comportamentale, in particolare la *Problem solving therapy* (PST) e la *Dialectical behavior therapy* (DBT), hanno dimostrato un livello apprezzabile di efficacia nel trattamento del NSSI.

Complessivamente, i trattamenti psicodinamici si sono dimostrati efficaci nella riduzione delle visite mediche, del numero di episodi autolesionistici, del numero e della durata delle ospedalizzazioni, nel miglioramento di sintomi depressivi e del funzionamento sociale, nella diminuzione dei comportamenti suicidari e parasuicidari, nel miglioramento delle capacità di gestire l'impulsività, l'irritabilità, le aggressioni verbali e fisiche (Stevenson e Meares, 1992; Bateman e Fonagy, 2001; Clarkin et al., 2001; Levy, Clarkin, Foelsch, Kernberg, 2007; Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg, 2007).

Complessivamente, i trattamenti cognitivo – comportamentali migliorano alcuni fattori coinvolti nel NSSI, come la depressione, il senso di disperazione e le abilità di problem-solving, oltre a ridurre il

numero di ospedalizzazioni (Brausch e al., 2012).

In conclusione, comunque, poche ricerche hanno esaminato l'efficacia di trattamenti specifici per il NSSI, anche in ragione del fatto che fino alla pubblicazione del DSM-V tale fenomeno era inquadrato all'interno del DBP. Inoltre, alcuni studi hanno concentrato la loro attenzione non sul NSSI, ma sul *Deliberate Self – Harm* (DSH), generando confusione. In ultimo, le ricerche non hanno sufficientemente distinto l'effetto prodotto sugli adolescenti in particolare, considerando campioni nei quali erano presenti anche adulti (Washburn e al., 2012).

BIBLIOGRAFIA

Alexander N., Clare L. (2004). *You still feel different: The experience and meaning of women's self-injury in the context of a lesbian or bisexual identity*. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14, 70-84.

American Psychiatric Association: *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 5th dition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

Baetens I., Claes L., Martin G., Onghena P., Grietens H., Van Leeuwen K., Pieters C., Wiersema J.R., W. Griffith J.W. (2014). *Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors?* *Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387– 405.

Bateman A.W., Fonagy P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569.

Bateman A.W., Fonagy P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36– 42.

Brain K. L., Haines J., & Williams C. L. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research*, 4, 227–242.

Brausch A.M., Gutierrez P.M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233–242.

Brunner R., Kaess M., Parzer P., Fischer G., Carli V., Hoven C.W. (2014). Lifetime prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55:337–48.

Bureau J.F., Martin J., Freynet N., Poirier A.A., Lafontaine M.F., Cloutier P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 484-494.

Cerutti R., Manca M., Presaghi F., Gratz K.L. (2011). Prevalence and correlates

of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 337-347.

Clarkin J.F., Foelsch P.A., Levy K.N., Hull J.W., Delaney J.C., Kernberg O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorders: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.

Clarkin J.F., Levy K.N., Lenzenweger M. F., Kernberg O.F. (2007). A multiwave RCT evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1-8.

Clarkin J.F., Yeomans, F.E., Kernberg O.F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. Hoboken, NJ: Wiley.

Clarkin J.F., Yeomans, F.E., Kernberg O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Croyle K.L., Waltz J. (2007). Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 332-342.

Darche M.A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital*, 21, 31-55.

Dougherty D.M., Mathias C.W., Marsh-Richard D.M., Prevetie K.N., Dawes M.A., Hatzis E.S., Palmes G., Nouvion S.O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatric Research*, 169, 22-27.

Favazza A.R., Conterio K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.

Ferrara M., Terrinoni A., Williams R. (2012) Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 12.

Garrison C.Z., Addy C.L., McKeown R.E., Cuffe, S.P. (1993). Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 339-352.

Giletta M., Scholte R.H., Engels R.C., Ciairano S., Prinstein, M.J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197, 66-72.

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. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2483-2490.

Glenn C. R., Klonsky E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 25-29.

Gratz K.L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238-250.

Groschwitz R.C., Plener P.L. (2012). The Neurobiology of Non-suicidal Self-injury

ry (NSSI): A review. *Suicidology Online*; 3:24-32.

Gunderson J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Haines J., Williams C.L., Brain K.L., Wilson, G.V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 471-489.

Hallab L., Covic T. (2010). Deliberate self-harm: The interplay between attachment and stress. *Behaviour Change*, 27, 93-103.

Hamza C.A., Willoughby T., Heffer T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 13-24.

Heath N.L., Schaub K., Holly S., Nixon M.K. (2008). Self-Injury today: review of population and clinical studies in adolescents. In: Nixon, MK.; Heath, NL., editors. *Self-Injury in Youth: the Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge Press; 2008. p. 9-27.

Heath N.L., Toste J.R., Nedecheva T., Charlebois A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 137-156.

Herpertz S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.

Hilt L., Nock M., Lloyd-Richardson E., Prinstein M. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469.

Hoff E.R., Muehlenkamp J.J. (2009). Nonsuicidal self-injury in college students: The role of perfectionism and rumination. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 576-587.

International Society for the Study of Self-injury (2007). *Definitional issues surrounding our understanding of self-injury*. Conference proceedings from the annual meeting. Montreal, Canada.

Kanan L.M., Finger J., Plog, A. (2008). Self-injury and youth: Best practices for school intervention. *School Psychology Forum: Research in Practice*, 2, 67-79.

Klonsky E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.

Klonsky E.D., Muehlenkamp J., Lewis S., Walsh B. (2011). *Nonsuicidal selfinjury*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.

Kress V.E., Hoffma, R.M. (2008). Non-suicidal self-injury and motivational interviewing: Enhancing readiness to change. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 311-329.

Lieberman R.A., Toste J.R., Heath N.L. (2009). Nonsuicidal self-injury in the schools: prevention and intervention. In *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*, ed. MK Nixon, NL Heath, pp. 195-216. New York: Taylor & Francis Group.

Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447–457.

Levy K.N., Clarkin J.F., Foelsch P.A., Kernberg, O.F. (2007). Transference focused psychotherapy for patients diagnosed with borderline personality disorder: A comparison with a treatment-as-usual cohort. Unpublished manuscript. Weill Medical College of Cornell, Westchester, NY.

Lofthouse N., Yager-Schweller J. (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21, 641-645.

MacAniff Zila L., Kiselica M. S., (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling and Development*, 79, 46-52.

Maniglio R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124:30–41.

Mikulincer M., Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: The Guilford Press.

Muehlenkamp J.J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 166-185.

Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69–82.

Muehlenkamp J.J., Kerr P.L., Bradley A.R., Larsen M.A. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 258-263.

Nixon M.K., Cloutier P., Jansson S.M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306–312.

Nock M.K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83.

Nock M.K., Mendes W.B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28-38.

Nock M.K., Prinstein M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890.

Nock M.K., Prinstein M.J., Sterba S.K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 816–827.

Quirk S.W., Wier D., Martin S.M., Christian A. (2014). The Influence of Parental Rejection on the Development of Maladaptive Schemas, Rumination, and Motivations for Self-Injury. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.

Rodham K., Hawton K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In: Nock K., editor. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origin,*

Assessment, and Treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2009. p. 37-62.

Ross S., Heath N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77.

Ross S., Heath N. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Other Life Threatening Behavior*, 33, 277-287.

Rotolone C., Martin G. (2012). Giving up self-injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Archives of Suicide Research*, 16, 147–158.

Schroeder S.R., Oster-Granite M.L., Berkson G., Bodfish J.W., Breese G. R., Wong, D. F. (2001). Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 7, 3-12.

Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y., Mann J.J. (2010). Non-suicidal selfinjurious behaviour, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124, 134-140.

Stevenson J., Meares R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358–362.

Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 885–896.

Walsh B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63, 1057-1068.

Washburn, J., Richardt S., Styer D., Gebhardt M., Juzwin K., Yourek A., Aldridge D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(1), 14-21.

Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939–1948.

Whitlock J., & Knox K.L. (2007). The relationship between a self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 7, 634-640.

Yates T.M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

Yates T.M., Carlson E.A., Egeland B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20, 651-671.