

COMPORAMENTI AUTOAGGRESSIVI

NELL'ANORESSIA E NELLA BULIMIA NERVOSA

Favaro A., Santonastaso P.

Riassunto

Nella letteratura scientifica si riscontra un aumento dell'interesse per i comportamenti autoaggressivi non suicidari e per la loro classificazione. Lo scopo di questo articolo è fornire una breve revisione della letteratura che riguarda i comportamenti autoaggressivi nei disturbi del comportamento alimentare. I più recenti studi svolti dal nostro gruppo di ricerca hanno evidenziato che, in un campione di giovani donne della popolazione generale, solo alcuni tipi di comportamenti autoaggressivi sono significativamente associati ai disturbi del comportamento alimentare: si tratta dei comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo, dello "skin picking" e del tentato suicidio. E' importante però sottolineare che sia i comportamenti di tipo impulsivo che compulsivo rappresentano fattori rilevanti nella comprensione degli aspetti psicopatologici dei pazienti con anoressia e bulimia nervosa e forniscono importanti informazioni, utili nella pianificazione di trattamenti efficaci.

Parole chiave:

Suicidalità, disordini alimentari, comportamenti autolesivi

Summary

In the literature, there is an increasing interest in the phenomenon and classification of the different types of self-injurious behavior. The aim of the present paper is to review the findings about self-injurious behavior in eating disordered subjects. Recent papers have found that only some types of self-injurious behavior are specifically associated to eating disorders in community samples: i.e. impulsive self-injurious behavior, skin picking, and attempted suicide. However, it seems that both impulsive and compulsive self-injurious behavior represent important factors to better understand the psychopathological characteristics of the eating disordered patient and to provide useful data for planning an adequate treatment.

Key words:

Suicidality, aggressive behaviors, eating disorder

Per corrispondenza:

Paolo Santonastaso e Favaro Angela, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Il suicidio e il parasuicidio in età adolescenziale sembrano essere in crescita nei Paesi sviluppati (Rosenberg et al, 1987) e molti studiosi descrivono i disturbi del comportamento alimentare come patologie caratterizzate da una alta frequenza di pensieri e atti suicidari (Viesselman & Roig, 1985; Garner et al., 1993; Favaro & Santonastaso, 1997). Gli esperti che lavorano nel campo dei disturbi del comportamento alimentare sanno comunque che questi pazienti manifestano uno spettro di comportamenti autoaggressivi che solo parzialmente può essere definito di valenza suicidaria. Questi comportamenti, infatti, spesso tendono ad essere più ripetitivi rispetto ai tentati suicidi e sono caratterizzati da basso intento suicidario e scarso rischio di letalità. Simeon e Hollander (2001) definiscono il fenomeno dei comportamenti autoaggressivi come “tutti quei comportamenti che comportano un danno diretto e deliberato alla propria integrità fisica senza nessun intento di provocare la morte come conseguenza del comportamento stesso”. Alcuni comportamenti autoaggressivi possono essere considerati come “direttamente” autoaggressivi, come il tagliarsi la pelle o la grave onicofagia, mentre altri comportamenti sono autoaggressivi solo “indirettamente” (per esempio l’abuso di alcolici, la guida pericolosa, il fumo di sigaretta) (Favazza, 1996). Benché nella letteratura scientifica ci sia un aumentato interesse nell’intero spettro di questi fenomeni, l’epidemiologia dei comportamenti autoaggressivi non è conosciuta (Favazza, 1998; Simeon e Hollander, 2001).

Favazza e Simeon (1995) hanno proposto una classificazione dei diversi tipi di comportamenti autoaggressivi in tre categorie: (1) automutilazioni maggiori, per descrivere quegli atti particolarmente gravi, di solito associati a disturbi di tipo psicotico; (2) comportamenti autoaggressivi di tipo stereotipico, per descrivere i comportamenti ripetitivi di solito presenti in pazienti con ritardo mentale o lungamente istituzionalizzati e (3) comportamenti autoaggressivi moderati o superficiali, che includono comportamenti come il tagliarsi o bruciarsi la pelle, lo strapparsi i capelli, la grave onicofagia o altre forme di autoaggressività superficiale. Quest'ultima categoria di comportamenti può essere ulteriormente suddivisa in due sottotipi: comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo e quelli di tipo compulsivo (Favazza & Simeon, 1995). I comportamenti autoaggressivi di tipo compulsivo sono di solito abituali per la persona, ripetitivi e "automatici". Non hanno di solito una intenzionalità (Favazza, 1998) e hanno le tipiche caratteristiche dei comportamenti compulsivi: un aumento della tensione quando l'individuo cerca di resistere al comportamento e un senso di sollievo dell'ansia e della tensione quando il comportamento viene compiuto. Sono comportamenti egodistonici e il loro scopo non è dare una gratificazione, ma solo prevenire o ridurre l'ansia e il disagio associati. Strapparsi i capelli, pizzicarsi o escoriarsi la pelle ("skin picking") e la grave onicofagia sono esempi di comportamenti autoaggressivi di tipo compulsivo. I comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo al contrario sono di solito episodici e forniscono una qualche forma di gratificazione che non è dovuta solo al sollievo dallo stato di ansia e tensione. Le persone che hanno questi comportamenti riferiscono che l'agito li aiuta nel controllo delle emozioni negative, come la depressione o la depersonalizzazione, ma anche fornisce il modo di soddisfare altri tipi di bisogno, come quello di autopunizione o di manipolazione delle persone importanti (Favazza, 1998; Vanderlinden and Vandereycken, 1997). I più comuni

comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo sono: il tagliarsi e bruciarsi la pelle, lo sbattere la testa contro qualcosa, il colpirsi.

La letteratura scientifica riporta che i comportamenti autoaggressivi sono frequenti nei disturbi del comportamento alimentare (Favaro and Santonastaso, 1998; 2000; Lacey and Evans, 1986; Paul et al., 2002; Welch and Fairburn, 1996). La relazione tra comportamenti autoaggressivi e disturbi del comportamento alimentare va, però, al di là della semplice associazione statistica. Infatti, la fenomenologia clinica dei disturbi del comportamento alimentare condivide molti punti importanti con la fenomenologia dei comportamenti autoaggressivi: entrambi sono tipici del sesso femminile e il loro esordio spesso avviene durante l'adolescenza (Favazza, 1996; 1998). Sia i disturbi del comportamento alimentare che i comportamenti autoaggressivi possono essere collegati alla presenza di insoddisfazione corporea, ad un bisogno di ascetismo o a quel sentimento di inefficacia, tipico dell'adolescenza, che spesso scatena un bisogno di autopunizione. Inoltre, i pazienti con disturbi del comportamento alimentare manifestano vari metodi patologici di controllo del peso, come il digiuno, il vomito autoindotto, l'abuso di diuretici e lassativi, che le pazienti stesse non esitano a definire come autoaggressivi e autopunitivi.

I comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo e quelli di tipo compulsivo non si escludono l'un l'altro. Per esempio, possono coesistere (Favaro and Santonastaso, 1998; 2000) nei soggetti con disturbi del comportamento alimentare, che spesso manifestano in modo combinato sia sintomi di tipo ossessivo che comportamenti di tipo impulsivo (Lacey & Evans, 1986; Newton et al., 1993). Per spiegare la relazione tra impulsività e compulsività in varie tipologie di pazienti psichiatrici, alcuni autori hanno ipotizzato un modello di tipo unidimensionale che consiste di un continuum in cui compulsività e impulsività sono agli estremi opposti (Hollander & Wong, 1995). Altri invece hanno proposto modelli di tipo

ortogonale nei quali impulsività e compulsività rappresentano dimensioni separate, ma che possono coesistere (Lacey & Evans, 1986; McElroy et al., 1995; Rasmussen & Eisen, 1994).

Per quanto riguarda l'impulsività, diversi studi hanno valutato la relazione tra i disturbi del comportamento alimentare e diversi tipi di comportamenti impulsivi (Favaro et al., 2005), come i comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo (Favazza et al., 1989; Favaro & Santonastaso, 1998, 2000; Paul et al., 2002), il tentato suicidio (Favaro & Santonastaso, 1997; Bulik et al., 1999), l'abuso di sostanze o di alcool (Welch & Fairburn, 1996), la cleptomania (Krahn et al., 1991; Vandereycken & Van Houdenhove, 1996), o il comprare compulsivo (Lejoyeux et al., 1996). Altri autori hanno invece studiato quei soggetti che mostrano più di un tipo di comportamento impulsivo ipotizzando l'esistenza di un sottogruppo di soggetti con disturbo del comportamento alimentare con una sindrome "multi-impulsiva" (Lacey & Evans, 1986; Lacey, 1993; Nagata et al., 2000). Questa sindrome sarebbe caratterizzata dall'incapacità di controllare comportamenti impulsivi sia nell'ambito del comportamento alimentare (come succede per esempio nei casi di bulimia nervosa con comportamenti di eliminazione), sia in altri ambiti, come l'abuso di alcool, l'uso di sostanze, il tentato suicidio e altre forme di autoaggressività, la promiscuità sessuale, i furti nei negozi. In uno studio su un campione rappresentativo della popolazione generale che ha esaminato la relazione tra comportamenti autoaggressivi (suicidari e non) e bulimia nervosa, Welch & Fairburn (1996) hanno osservato l'esistenza di uno specifico legame tra comportamenti autoaggressivi e bulimia nervosa. Al contrario, questo stesso studio mette in discussione l'esistenza di una sindrome multiimpulsiva. Inoltre, in campioni di donne con comportamenti autoaggressivi, i disturbi del comportamento alimentare sono la diagnosi riportata con maggiore frequenza (Dulit et al., 1994; Favazza et al., 1989; Herpertz, 1995).

In uno studio descrittivo sui comportamenti di eliminazione nei disturbi del comportamento alimentare, avevamo notato una associazione significativa tra i

comportamenti di eliminazione e i comportamenti autoaggressivi sia nell'anoressia nervosa che nella bulimia nervosa (Favaro e Santonastaso, 1996). Poiché la frequenza dei comportamenti autoaggressivi era maggiore nei soggetti che presentavano più di un comportamento di eliminazione rispetto ai soggetti con uno solo di questi comportamenti, avevamo ipotizzato la presenza di un legame di tipo dimensionale tra questi due tipi di comportamenti (Favaro & Santonastaso, 1996; 2002). Poiché le differenze tra i vari tipi di comportamento possono solo parzialmente essere spiegate usando un approccio categoriale, gli studi successivi sull'argomento sono stati condotti usando un approccio dimensionale. Un modello dimensionale è più appropriato sia perché descrive meglio somiglianze e differenze tra i diversi tipi di comportamento, sia perché rappresenta un modello più adatto e più vicino ai modelli di eziopatogenesi multifattoriale di tipo quantitativo che sono i più adeguati a spiegare malattie complesse come quelle psichiatriche. Il modello dimensionale è comunque importante anche a livello clinico, poiché fornisce importanti informazioni che permettono di pianificare e individualizzare trattamenti efficaci, anche quando, da un punto di vista categoriale, abbiamo a che fare con una sindrome parziale.

Per capire meglio quale specifica relazione esista tra il fenomeno dei comportamenti autoaggressivi e quello dei disturbi del comportamento alimentare, abbiamo quindi deciso di studiare i due fenomeni da un punto di vista dimensionale sia nell'anoressia nervosa che nella bulimia nervosa (Favaro & Santonastaso, 1998; 2000). In questi primi studi, abbiamo incluso tra i comportamenti: il tagliarsi la pelle, il bruciarsi, i tentati suicidi, l'abuso di alcool/sostanze, la grave onicofagia, lo strapparsi i capelli e anche i comportamenti di eliminazione come il vomito autoindotto e l'abuso di lassativi/diuretici. Nel primo studio, svolto su un campione consecutivo di 125 pazienti con bulimia nervosa, novanta soggetti (72%) hanno riportato almeno un tipo di comportamento autoaggressivo. Abbiamo effettuato una analisi delle componenti principali per poter esaminare come i diversi comportamenti si

raggruppano tra loro a formare delle dimensioni, ma anche la posizione dove i soggetti si collocano lungo le dimensioni emerse. L'analisi ha evidenziato una soluzione a due fattori dove lo strapparsi i capelli, l'onicofagia e il vomito autoindotto formavano la prima dimensione (comportamenti autoaggressivi di tipo compulsivo) e il tagliarsi o bruciarsi la pelle, i tentati suicidi, l'abuso di alcool/sostanze e l'abuso di lassativi/diuretici costituivano la seconda (comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo). Questi risultati hanno importanti implicazioni: prima di tutto infatti hanno confermato la classificazione dei comportamenti autoaggressivi proposta da Favazza e Simeon (1995); in secondo luogo, hanno evidenziato che i comportamenti di eliminazione possono appartenere alle stesse dimensioni dei comportamenti autoaggressivi (Favaro & Santonastaso, 2002).

Abbiamo quindi svolto un secondo studio su un gruppo consecutivo di 236 pazienti con anoressia nervosa, dei quali 155 con anoressia di tipo restrittivo e 81 con crisi bulimiche e/o comportamenti di eliminazione (Favaro & Santonastaso, 2000). In questo studio sull'anoressia nervosa abbiamo riscontrato una frequenza di comportamenti autoaggressivi simile a quella osservata nella bulimia nervosa (Favaro & Santonastaso, 2000). Con l'eccezione dei tentati suicidi e dell'abuso di alcool/sostanze, che sono più frequenti nelle pazienti con bulimia, tutti gli altri tipi di comportamenti autoaggressivi hanno mostrato una prevalenza simile nelle due sindromi. Lo studio della dimensionalità dei comportamenti autoaggressivi invece ha evidenziato sia somiglianze che differenze tra anoressia e bulimia nervosa (Favaro & Santonastaso, 1998). L'analisi delle componenti principali infatti ha evidenziato tre fattori: un fattore "comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo" (tentati suicidi e tagliarsi/bruciarsi la pelle); un fattore "comportamenti autoaggressivi di tipo compulsivo" (grave onicofagia, strapparsi i capelli), e un terzo fattore "comportamenti di eliminazione" (vomito autoindotto, abuso di diuretici/lassativi). La distinzione tra comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo e quelli di tipo compulsivo viene quindi

confermata anche nell'anoressia nervosa (Favazza e Simeon, 1995). La differenza più importante è che nell'anoressia nervosa i comportamenti di eliminazione formano una dimensione a parte. Il controllo del peso nell'anoressia nervosa rappresenta un sintomo chiave e, forse per questo, i comportamenti di eliminazione assumono un diverso significato e quindi una diversa dimensionalità. Nella bulimia nervosa, i comportamenti di eliminazione sono comportamenti di “compenso” rispetto ad una perdita di controllo sul cibo e possono assumere anche il ruolo di autopunizione per non essere riusciti a controllarsi. Al contrario, nell'anoressia nervosa, i comportamenti di eliminazione non sono sempre associati alla crisi bulimiche (Favaro & Santonastaso, 2000) e possono invece essere considerati un modo per mantenere e aumentare il controllo sul cibo e sul corpo, anche quando non c'è una vera e propria perdita di controllo.

I predittori dei comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo e compulsivo sono simili nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa. La presenza di comportamenti compulsivi è associata ad una più breve durata di malattia e ad una più scarsa consapevolezza enterocettiva nella bulimia nervosa, mentre nell'anoressia nervosa sono predittori significativi la giovane età ed una maggiore ossessività. Abusi sessuali nell'infanzia sono associati ai comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo sia nell'anoressia nervosa che nella bulimia nervosa (Favaro & Santonastaso, 1998; 1999; 2000), come del resto già riscontrato in letteratura (van der Kolk et al., 1991; Fullerton et al., 1995; Dohm et al., 2002). Sono inoltre predittori di comportamenti impulsivi anche una maggiore frequenza di sintomi depressivi nella bulimia nervosa e di sintomi ansiosi nell'anoressia nervosa.

Lo studio di campioni clinici lascia comunque molte questioni irrisolte. Stime indirette hanno portato all'opinione che l'incidenza dei comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo possa essere di almeno un caso per 1000/anno (Simeon & Hollander, 2001), ma la prevalenza dei comportamenti autoaggressivi nella comunità non è conosciuta. Inoltre, anche

se i pazienti con disturbi del comportamento alimentare vengono generalmente ritenuti a rischio di comportamenti autoaggressivi (Paul et al., 2002), solo uno studio di comunità ha dimostrato una relazione significativa tra questi due fenomeni (Welch and Fairburn, 1996). E' noto che i soggetti con disturbo del comportamento alimentare che vengono reclutati in setting clinici non sono rappresentativi dei soggetti malati nella popolazione (Fairburn et al., 1996). In uno studio epidemiologico recente (Favaro et al., submitted), il nostro gruppo di lavoro ha esaminato la prevalenza di comportamenti autoaggressivi in un campione di giovani donne di età compresa tra i 18 e i 25 anni rappresentativo della popolazione generale. Questo campione è lo stesso reclutato per uno studio sulla prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare (Favaro et al., 2003). Tutte le donne residenti in due aree di Padova sono state contattate telefonicamente per ottenere il loro consenso alla partecipazione alla ricerca e per organizzare la loro intervista clinica. Tutti i soggetti che hanno dato il loro consenso scritto sono stati intervistati di persona, usando la sezione che riguarda i disturbi del comportamento alimentare della "Structured Clinical Interview for DSM-IV" e una intervista semistrutturata costruita ad hoc per i comportamenti autoaggressivi. E' stato studiato tutto lo spettro dei comportamenti autoaggressivi: tentati suicidi, tagliarsi o bruciarsi la pelle, sbattere la testa o le mani contro qualcosa, il colpirsi con qualcosa, il mordersi, il pizzicarsi la pelle ("skin picking"), il graffiarsi o procurarsi altri tipi di lesioni alla pelle, lo strapparsi i capelli, la grave onicofagia. Lo studio ha riscontrato che il 25% delle giovani donne ha o ha avuto almeno uno di questi comportamenti. Inoltre i comportamenti autoaggressivi sono significativamente più frequenti nei soggetti con disturbi del comportamento alimentare, in particolare i comportamenti impulsivi, i tentati suicidi e lo "skin picking" (Favaro et al., submitted).

In conclusione, i nostri studi sottolineano la rilevanza del fenomeno dei comportamenti autoaggressivi sia nella popolazione generale che nei soggetti con disturbi del

comportamento alimentare. Un legame significativo tra comportamenti autoaggressivi e disturbi del comportamento alimentare è stato dimostrato da uno studio svolto sulla popolazione generale femminile (Favaro et al., submitted). Inoltre è stata dimostrata l'esistenza di specifici legami tra la presenza di comportamenti autoaggressivi e molte caratteristiche cliniche di particolare rilevanza nei soggetti con anoressia nervosa e bulimia nervosa. La distinzione tra comportamenti impulsivi e quelli compulsivi ha mostrato la sua validità in tutti gli studi effettuati, incluso quello sulla popolazione generale. I nostri studi quindi suggeriscono che entrambi i tipi di comportamenti autoaggressivi abbiano un notevole impatto clinico sui soggetti con anoressia nervosa e bulimia nervosa. Sembra importante di conseguenza che ricercatori e clinici che si occupano di questi disturbi considerino la presenza di comportamenti autoaggressivi nella valutazione e nella pianificazione dei trattamenti dei soggetti con disturbi del comportamento alimentare.

Bibliografia

- Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR: Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100: 27-32, 1999.
- Dohm F-A, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Pike KM, Hook J, Fairburn CG: Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 32: 389-400, 2002.
- Dulit RA, Fyer MR, Leon AC, Brodsky BS, Frances AJ: Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 151: 1305-1311, 1994.
- Fairburn CG, Welch SL, Norman PA, O'Connor ME, Doll HA: Bias and bulimia nervosa: how typical are clinic cases? *American Journal of Psychiatry* 153: 386-391, 1996.

- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P: Self-injurious behavior in a community sample of young women: the relationship with childhood abuse and eating disorders. Manuscript submitted.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P: The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine* 65: 701-708, 2003
- Favaro A, Santonastaso P: Purging behaviors, suicide attempts and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders* 20: 99-103, 1996.
- Favaro A, Santonastaso P: Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95: 508-514, 1997.
- Favaro A, Santonastaso P: Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: Prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186: 157-165, 1998.
- Favaro A, Santonastaso P: Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188: 537-542, 2000.
- Favaro A, Santonastaso P: The spectrum of self-injurious behavior in eating disorders. *Eating Disorders* 1: 215-225, 2002.
- Favaro A, Zanetti T, Tenconi E, Degortes D, Ronzan A, Veronese A, Santonastaso P: The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders* 13: 61-70, 2005.
- Favazza AR, DeRosear L, Conterio K: Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life Threatening Behavior* 19: 352-361, 1989.
- Favazza AR: *Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry.* 2nd ed. Baltimore: John Hopkins University Press, 1996.
- Favazza AR: The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186: 259-268, 1998.

- Favazza AR, Simeon D: Self-mutilation. In: E Hollander & D Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression*. Sussex, England: John Wiley & Sons, pp. 185-200, 1995.
- Fullerton DT, Wonderlich SA, Gosnell BA: Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse. *International Journal of Eating Disorders* 17: 243-249, 1995.
- Garner DM, Garner MV, Rosen LW: Anorexia nervosa "restrictor" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 13: 171-185, 1993.
- Herpertz S: Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91: 57-68, 1995.
- Krahn DD, Nairn K, Gosnell BA, Drewnowski A: Stealing in eating disordered patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 52: 112-115, 1991.
- Lacey JH, Evans CDH: The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction* 81: 641-649, 1986.
- Lacey JH: Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *British Journal of Psychiatry* 163: 190-194, 1993.
- Lejoyeux M, Ades J, Tassain V, Solomon J: Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *American Journal of Psychiatry* 153: 1524-1529, 1996.
- McElroy SL, Pope HG, Keck PE, Hudson JI: Disorders of impulse control. In: E Hollander & D Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression*. Sussex, England: John Wiley & Sons, pp 109-136, 1995.
- Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N, Iketani T: Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research* 94: 239-250, 2000.

- Newton JR, Freeman CP, Munro J: Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87: 389-394, 1993.
- Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO: Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 159: 408-411, 2002.
- Rasmussen SA, Eisen JL: The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 55 (10, suppl): 5-10, 1994.
- Rosenberg ML, Smith JC, Davidson LE, Conn JM: The emergence of youth suicide: an epidemiological analysis and public health perspective. *Annals Review of Public Health* 8: 417-440, 1987.
- Simeon D, Hollander E: *Self-injurious behavior. Assessment and treatment.* New York: American Psychiatric Association, 2001.
- Vandereycken W, Van Houdenhove V: Stealing behavior in eating disorders: Characteristics and associated psychopathology. *Comprehensive Psychiatry* 37: 316-321, 1996.
- Vanderlinden J, Vandereycken W: *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders.* Bristol: Brunner/Mazel, 1997.
- van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL: Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148: 1665-1671, 1991.
- Viesselman JO, Roig M: Depression and suicidality in eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 46: 118-124, 1985.
- Welch SL, Fairburn CG: Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry* 169: 451-458, 1996