

Dis-socialità e autolesionismo nel Disturbo Borderline di Personalità: due casi clinici

BARBARA SIMONELLI, SIMONA FASSINA, MANUELA SCALDAFERRO, ERSILIA GUASTAFIERRO, ANDREA FERRERO

Summary – DIS-SOCIALITY AND SELF-HARMING BEHAVIOUR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: TWO CLINICAL CASES. The self-harming behaviour is a specific symptomatological and clinical expression that frequently appears in the psychopathological frame of Borderline Personality Disorder, and it is highly correlated with affective instability, impulsivity and aggressiveness, and with traumatic experiences during childhood. From a psychodynamic and clinical point of view, the self-harming behaviour satisfies different needs if compared to the suicidal one, and that is really important in the management of the setting. The ‘materialization’ of the psychic pain, the acting out of destructive thinking of self-punishment and guilt, the exasperated asking for attention, are important psychodynamic aspects, and all of them substitute the “mentalization” of the inner psychic experience and the integration of splitted parts of Self. These dynamics are described in the histories of two patients, treated with the *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*, currently in the standardization and experimentation phase.

Keywords: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, SELF-HARMING BEHAVIOUR, SELF-DESTRUCTIVENESS

Il tema della dis-socialità, declinato in molteplici e differenti forme sintomatologiche e cliniche, si rivela particolarmente esplicativo per descrivere i pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità, e lo è ancor di più nel contesto teorico della Psicologia Individuale, secondo cui questi pazienti per motivi dinamico-strutturali non hanno sviluppato nella loro infanzia una quantità sufficiente di sentimento sociale in rapporto alla loro volontà di potenza [45]. In questo lavoro vengono riportate le storie cliniche di due pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità che esprimono drammaticamente la propria sofferenza psichica ed esistenziale anche attraverso agiti autolesionistici.

I. *La letteratura scientifica*

Una prima importante considerazione in tema di agiti autolesionistici riguarda l'importanza, rilevata anche dalla letteratura scientifica, di considerare tale gesti come sintomi psicopatologici differenti dagli agiti anticonservativi. In uno studio [55] che ha messo a confronto 60 pazienti con Disturbo di Personalità del Cluster B che mettono in atto tentativi anticonservativi, di cui 30 hanno nell'anamnesi atti di autolesionismo e 30 no, è stato trovato che coloro che agiscono atti autolesivi sono generalmente più impulsivi ed hanno una maggior tendenza alla cronicizzazione di questo comportamento, ma soprattutto sono consapevoli che procurarsi ferite non è un atto che minaccia realmente la loro vita. Uno studio su 75 pazienti donne con Disturbo Borderline di Personalità [8] ha sottolineato alcune differenze significative tra coloro che commettono tentativi anticonservativi e coloro che agiscono atti autolesivi: nel primo caso le pazienti sembrano voler fuggire dal peso e dalle responsabilità di fronte ai compiti della vita e ai sentimenti di colpa disperante, nel secondo caso sembrano utilizzare questi comportamenti per esprimere rabbia, per punire se stesse, per recuperare sentimenti normali e per distrarsi. L'indipendenza del comportamento autolesionistico da quello suicidario nel Disturbo Borderline di Personalità è anche supportata da un altro studio [47] su 37 pazienti, con *follow-up* a 5 anni, che non ha evidenziato una correlazione significativa tra i cambiamenti clinici descritti nei pazienti suicidari e quelli nei pazienti autolesionisti, ipotizzando quindi l'indipendenza della funzione clinica e psicopatologica dei sintomi osservati.

Paris in particolare sostiene che il comportamento autolesionistico assolve a funzioni psicologico-dinamiche specifiche, diverse rispetto a quello suicidario [37, 39]. In primo luogo, l'autolesionismo tende a ridurre la disforia e produrre sollievo da stati d'umore negativi [22] e, a causa di questa funzione de-tensiva, può divenire un metodo abitudinario per diluire lo stress psicologico, configurandosi come un reale comportamento di *addiction* [33]. La capacità di distrazione è un secondo meccanismo attraverso il quale l'autolesionismo può ridurre lo *stress* [33], allontanando il dolore psicologico e ri-focalizzandolo sulla sofferenza fisica.

L'autolesionismo può anche essere utilizzato per comunicare una condizione di sofferenza e ottenere così cure da persone significative, e tra queste anche dal terapeuta [11, 36, 37], oppure per esprimere emozioni in forma simbolica [22, 23], per esempio, come auto-punizione per la percezione di una colpa o per esprimere una paura che non può essere comunicata in modo differente [53]. È descritta infine una correlazione tra autolesionismo e fenomeni dissociativi [31, 56, 57]: molti pazienti che si tagliano esperiscono la dissociazione come disforia, oppure si feriscono quando vivono stati dissociati della coscienza: in questi momenti, la vista del sangue può rimandare loro che sono realmente vivi. In que-

sti stati emotivi il ferirsi non è associato al dolore: alcuni studi [6, 27] hanno rilevato che molti pazienti borderline sono meno sensibili al dolore, e ciò in relazione alla produzione di oppioidi endogeni [54].

L'instabilità affettiva, descritta come rapidi cambi di umore in relazione a cambiamenti ambientali, e l'impulsività sono frequentemente considerate i tratti caratteristici del Disturbo Borderline di Personalità. In particolare, la tendenza ad utilizzare l'azione per ridurre la tensione interna è l'aspetto chiave dell'impulsività [19, 21, 24, 35], ed in supporto a ciò l'autolesionismo è associato ad alti livelli di impulsività [54]. Un secondo fattore che sembra avere influenza sulla tendenza ad agire atti autolesionistici deriva dalla correlazione di questi con esperienze di vita negative o traumatiche, in particolare durante l'infanzia [11, 26], e tra queste spesso episodi di abuso sessuale [7, 20, 34, 40, 42, 48, 49]. Un terzo fattore che sembra poter influenzare comportamenti auto-aggressivi è l'aspetto del contagio sociale.

II. *L'impostazione psicodinamica individualpsicologica*

In ambito psicodinamico la diagnosi di Organizzazione Borderline si riferisce ad una specifica configurazione della personalità, caratterizzata da una particolare percezione di Sé e dell'altro, peculiari meccanismi di difesa e di compensazione dell'equilibrio psichico, differenti capacità di gestione della realtà [13, 28, 29].

Rovera sottolinea che l'Organizzazione Borderline viene a «collocarsi in una rete interattiva, tra vari nodi: bio-psicologico, intrapsichico, interpersonale, della costellazione familiare e del contesto socioculturale. Ciò comproverebbe l'ipotesi di una etiopatologia multifattoriale su basi temperamentali innate, con esperienze negative molto precoci, o da una grave carenza emotiva o di natura traumatica anche sessuale, sulle quali si struttura un particolare amalgama personale, che è a sua volta interconnesso a situazioni familiari e a elementi psicosociali e pure "eventi della vita" che possono costituirsi (o meno) come fattori di destabilizzazione» (46, p. 8).

Una delle caratteristiche psicodinamiche principali che permettono di descrivere le organizzazioni borderline è la specifica modalità anti-ambivalente che questi pazienti utilizzano per difendersi dalla sperimentazione intrapsichica e relazionale della conflittualità e dell'ambivalenza [13].

Assumendo, coerentemente con la metapsicologia adleriana ed il concetto di ermafroditismo psichico [1, 13, 16], che i dinamismi della mente procedono attraverso il continuo e progressivo superamento di dicotomie (maschile/femminile, alto/basso, inferiore/superiore, forte/debole), possiamo ipotizzare che le modali-

tà intrapsichiche e relazionali di affrontare tali conflitti permettano di distinguere tra organizzazioni nevrotiche e borderline di personalità. Specificatamente, in queste ultime, il meccanismo difensivo della scissione rende la percezione di Sé, la separazione dall'altro e la percezione della realtà solo parzialmente possibili; ma è proprio attraverso tale modalità difensiva che questi pazienti riescono a salvaguardare e mantenere coeso, seppure per via idealizzata, un nucleo di identità e di autostima personale.

A questa dinamica intrapsichica scissionale sono da attribuire alcune caratteristiche peculiari dell'organizzazione borderline, ed in particolare l'instabilità ciclica che porta questi pazienti a frequenti e repentine oscillazioni dell'umore, tra momenti di "eccitamento sovraccarico d'ansia e di ira" e momenti in cui viene sperimentato un "vuoto disperante", una depressione assoluta, con pensieri e agiti di tipo anticonservativo. Si verifica un'oscillazione continua fra fantasie di grandezza estremamente positive, con grande idealizzazione della propria persona, e sentimenti di una profonda solitudine e nullità [13]. Un ulteriore aspetto che sembra descrivere il funzionamento di questa organizzazione di personalità è un *deficit* specifico nella funzione della mentalizzazione, descritta da Fonagy come la capacità di concepire gli stati mentali propri e altrui, consci ed inconsci [17].

La Psicologia Individuale pone particolari attenzioni alle prime vicissitudini relazionali tra il bambino e la madre ed alle loro implicazioni nella strutturazione della patologia. Laddove infatti vi è una madre sufficientemente rispecchiante, accogliente ed incoraggiante, che mette a disposizione del bambino la propria capacità di sentimento sociale, sotto forma di relazione reale ma anche di possibilità di funzionamento psichico interiorizzabile e integrante le esperienze del Sé, allora vi è un bambino che, pur nella soggettività e nell'individualità dell'esperienza psichica, è in grado di interiorizzare un sentimento di accoglimento profondo e primario, necessario per sviluppare il senso interno di essere degno di esistere, e di mantenere un equilibrio fra desideri di autoaffermazione e bisogni di relazione. Poustka e Lehmkuhl [43] rimandano la genesi dell'organizzazione borderline ad un'esperienza negativa legata al momento dell'allontanamento dalla "comunione funzionale tra madre e figlio", che comporterebbe la formazione di una "instabile identità dell'Io ed una insicurezza per cui non può instaurarsi una realistica relazione con l'ambiente".

Altri autori adleriani approfondiscono il ruolo traumatico che alcune costellazioni familiari o alcune esperienze evolutive o traumatiche possono avere nello sviluppo dell'organizzazione borderline di personalità. Scarso e Munno [50, 51] ipotizzano che si possa parlare di patologia borderline ogni volta che si osserva «ancora in atto, in un soggetto giovane-adulto, un problematico processo di separazione-individuazione», che si connota in particolare con un rapporto oggettuale definibile "genitori-figli psico-siamesi" secondo uno "psichismo parassitario".

Sarebbe dunque osservabile una “fissazione” alla fase adolescenziale, caratteristica clinica che può essere alla base dell’aspetto poliedrico assunto dalla sintomatologia. La fissazione “familiare” appare illuminante anche per comprendere le caratteristiche del transfert “capriccioso” del borderline. Affinché si possa sviluppare una relazione transferale è necessario un investimento affettivo su persone all’esterno alla famiglia. Ma questa, nel caso del borderline, funziona come un “buco nero” che tutto attrae e nulla lascia sfuggire. [...] Nel gioco entrano poi anche le immagini materne e paterne dei genitori in un’articolazione transgenerazionale molto complessa» (51, p. 47).

È in questa fase delicatissima di riorganizzazione intrapsichica che fallimenti, esperienze negative e traumatiche possono comportare carenze o difficoltà nei processi di mentalizzazione e significazione degli eventi, siano essi interni, socio-relazionali o ambientali, e nella costruzione di un mondo intrapsichico e relazionale complesso ed articolato.

Un ultimo fattore che può essere importante prendere in considerazione rispetto alle possibili implicazioni etiologiche nell’organizzazione di personalità è forse da rimandare, in linea con la prospettiva adleriana, a fattori transgenerazionali e transculturali, che spiegherebbero anche la maggior incidenza di queste patologie nei nostri tempi. La maggiore attenzione, tipica dell’Età Moderna, all’età infantile e alla responsabilità genitoriale, “impedendo di abbandonare i figli *de facto*, determina talora un “abbandono affettivo” che assume a volte, per i meccanismi di colpa sollecitati, la iperprotezione” [50]. Ciò potrebbe quindi sostenere le ipotesi, di cui sopra abbiamo parlato, che imputerebbero la patologia borderline a difficoltà nell’ambito della separazione dai genitori e all’individuazione. Molti studi sostengono che alcuni aspetti della cultura moderna, così attenta ai valori connessi al narcisismo, possa in effetti essere correlata all’aumento della diffusione della patologia borderline [44].

Questi aspetti specifici del funzionamento borderline ci permettono di aprire la riflessione sul significato psicodinamico degli agiti autolesionistici, che necessariamente si declinano nelle storie di vita uniche ed individuali dei nostri pazienti, come ci ha insegnato Alder. È interessante sottolineare che anche Paris [37], un ricercatore clinico non adleriano, sottolinea come, nella misura in cui i pazienti borderline utilizzano gli agiti autolesionistici come strumento per la regolazione affettiva, questo comportamento possa divenire un vero e proprio “stile di vita”.

III. *La Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*

I due casi di seguito riportati sono stati seguiti presso il Dipartimento di Salute

Mentale dell'ASL 7 – Regione Piemonte, dove ha avuto inizio nel febbraio del 2005 la sperimentazione della *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (SB-APP) per pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità [16]; il trattamento si svolge secondo uno o più moduli, ripetibili e in sequenza, di psicoterapia psicodinamica ad orientamento individualpsicologico, che consistono ciascuno di 40 sedute a cadenza settimanale e con un setting rigoroso.

Non sono ancora molto numerosi gli studi empirici sugli esiti delle psicoterapie psicodinamiche con pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità. Kernberg e collaboratori riferiscono gli esiti di una ricerca che ha coinvolto 23 donne trattate con la *Transfert-Based Psychotherapy*, in cui è risultata una significativa diminuzione degli agiti anticonservativi e autolesivi, ed anche una diminuzione delle ospedalizzazioni [9]. Perry e diversi altri autori hanno evidenziato l'efficacia di psicoterapie psicodinamiche long-term nel promuovere, in pazienti borderline, il ricorso a strategie difensive maggiormente adattive [5, 32, 41]. Diversi studi randomizzati di Bateman e Fonagy, che hanno utilizzato il *Mentalization-based Treatment*, descrivono risultati incoraggianti: questa tecnica sembra ottenere una significativa riduzione dei comportamenti impulsivi, autolesivi e suicidari aumentando la capacità di auto-osservazione dei pazienti, in contesti sia di ospedalizzazione che ambulatoriali [2, 3, 18].

Il modello della *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (APP) [12, 15] declina il processo di incoraggiamento nelle diverse fasi, esplorativa, trasformativa e prospettica, della psicoterapia, al servizio di obiettivi intrapsichici e relazionali unici ed individuali, specifici e complessi; tali obiettivi terapeutici, proposti nella psicoterapia di un paziente con organizzazione borderline di personalità, si orientano verso il raggiungimento di un senso dell'identità maggiormente definito e della possibilità di costruire relazioni più realistiche e stabili.

In particolare è possibile evidenziare quali obiettivi specifici della psicoterapia con pazienti borderline:

- la possibilità della mentalizzazione degli affetti in luogo degli agiti;
- l'utilizzo di meccanismi di difesa e di compensazione maggiormente adattivi;
- una migliore integrazione di vissuti ed affetti.

Il modello della SB-APP prevede che al servizio di tali obiettivi siano posti specifici elementi tecnici:

- gestire in modo non rigido ma rigoroso e attento il *setting*, in modo che possa offrire confini reali ed intrapsichici in luogo della mancanza di confini tipica del paziente borderline;
- filtrare gli stimoli intrapsichici intollerabili e gli eventi esterni simbolicamente destrutturati per il paziente, che inducono risposte regressive "maligne";

- trattare le resistenze a partire da quelle più distruttive e rispettare quelle maggiormente adattive;
- incoraggiare la tolleranza delle emozioni: l'obiettivo specifico è di giungere ad una maggiore tollerabilità dell'ambivalenza.

Tra gli strumenti a disposizione del terapeuta, si evidenzia la specifica efficacia de:

- la convalidazione empatica degli stati affettivi ed emotivi;
- il riconoscimento selettivo degli aspetti ambivalenti;
- la promozione della mentalizzazione in luogo dell'agito impulsivo.

La qualità della relazione terapeutica deve invece essere impostata su:

- una regolazione attenta della distanza relazionale, allo scopo di evitare il rischio di una dipendenza regressiva;
- l'offerta di una relazione stabile e costante, che consenta al paziente di sperimentare il sentimento della sicurezza, in luogo delle paure abbandoniche che lo caratterizzano, e che gli permetta identificazioni con un "altro" accettante.

IV. Due casi clinici

Claudio ha 40 anni. Entra in psicoterapia con tutta la sua aggressività e la sua posizione di sfida. La sua prima comunicazione alla nuova terapeuta è che lui ha già fatto un certo numero di psicoterapie, che è già stato visto da molti specialisti, ma che nessuno capisce niente di lui perché è un caso irrecuperabile, e che quindi questo nuovo tentativo sarà inutile.

Sposato, con due bambini, lavora in un'officina meccanica. Ha fatto uso smodato in passato di alcol e stupefacenti, frequentando ambienti criminali e compiendo atti illegali. Seguito dal SERT per un certo periodo, riesce di fatto a disintossicarsi da solo con l'aiuto del padre.

La sintomatologia attuale è costituita da "attacchi di panico", alterazioni in senso depressivo del tono dell'umore, sporadiche ideazioni anticonservative, comportamenti autolesionistici (si taglia sulle braccia) e, nei momenti di crisi, aumenta l'abuso di alcol. Più volte afferma che «il dolore fisico è l'unica cosa che mi calma, mi distoglie dall'ansia e dal malessere, non mi fa pensare». Il peggioramento altalenante della sintomatologia è connesso anche all'aggravarsi della situazione relazionale in famiglia con una ricaduta sulla sfera lavorativa: cambia infatti continuamente lavoro.

Alternativamente porta in seduta personaggi idealizzati, autorevoli, potenti e salvifici, ma anche persecutori, svalutanti, maligni e pericolosi. Anche la coppia psicoterapeuta-psichiatra è alternativamente bersaglio di idealizzazioni e di

svalutazioni. Claudio è una persona intelligente e dotata; sembra consapevole del fatto di indossare delle maschere per nascondere la sua sofferenza nell'avvicinarsi alle persone.

I primi due mesi della psicoterapia sono caratterizzati dalle sue puntuali minacce di suicidio. Sin dai primi incontri egli esibisce le ferite che si procura: in una seduta mostra il braccio alla terapeuta chiedendole di poterlo disinfettare: si vedono profondi tagli sanguinanti ancora aperti. Alla domanda se egli provi dolore, Claudio risponde di sì: «un dolore che ha un senso, mentre l'angoscia che provavo ieri sera mentre mia moglie mi accusava di non essere un buon padre di famiglia perché avevo perso un altro lavoro mi soffocava». Solo dopo alcune sedute potrà riconoscere che «queste ferite che ho sul braccio sono il segno per me e per mia moglie delle ferite che ho dentro».

Il funzionamento scissionale di Claudio è evidente: alterna idealizzazione e svalutazione, rispetto a sé e rispetto agli altri. Significativo appare il continuo alternarsi della rappresentazione intrapsichica di Sé rispetto alla particolare configurazione di due coppie antitetiche, forte/debole e buono/cattivo, che ha la sua matrice relazionale nella figura idealizzata del padre, da poco defunto, che viene descritto alternativamente come un uomo debole e senza carattere o una figura eroica, salvifica e idealizzata. Nello specifico, nella compartimentazione idealizzata delle parti di sé del paziente trova spazio esclusivamente la coppia forte=cattivo, in contrapposizione all'immagine del padre debole=buono. Nel percorso terapeutico, attraverso una ri-lettura della figura paterna, è stato possibile "smontare" l'equazione forte=cattivo=pericoloso per sé e per gli altri *versus* buono=debole=degnò di essere amato.

La terapeuta ha accompagnato Claudio attraverso una ri-narrazione della propria storia: è stato possibile dare una "sequenza diacronica" agli eventi, se non proprio una "continuità", attraverso il riconoscimento di differenti immagini di sé, che non è stato possibile integrare, ma quanto meno riconoscere come appartenenti a momenti diversi della propria vicenda esistenziale. Questo importante cambiamento è avvenuto dopo una seduta in cui, dopo un lungo racconto riguardo ad azioni illegali commesse e alla descrizione della sua forza, Claudio afferma: «Io potrei scaraventare lei e la scrivania contro il muro con una mano sola, lo sa?». Dopo un breve silenzio Claudio chiede alla terapeuta: «Dottoressa, ma lei ha paura di me?». Alla risposta della terapeuta «No. Non ho paura, perché so che lei potrebbe scaraventare me e la scrivania contro il muro con una mano sola, ma so anche che non lo vuole fare» è seguito un lungo pianto, disperato e liberatorio. Terapeuta e paziente hanno lavorato a lungo su questo pianto, sul significato della debolezza, su come in un "pianto da bambini" si possa vedere la forza di un uomo che affronta le proprie difficoltà e non se ne ritrae.

Più di altre situazioni cliniche, questo caso si offre alla lettura adleriana: la grande sfida esistenziale di Claudio è legata alla possibilità di prendere contatto con la parte debole di sé, la parte inferiore, costantemente scissa e proiettata sulla figura paterna, a cui è collegata la possibilità della sperimentazione della parte buona di sé. Ogni volta che egli si ‘impegna’ per essere un bravo padre e marito, viene attivata inconsciamente anche la parte debole di sé, contrastata con agiti impulsivi ed aggressivi. L’intreccio intrapsichico e relazionale delle istanze adleriane si è declinato in modo che, a fronte di una carenza originaria di sentimento sociale, il paziente ha attivamente individuato una meta personale ipercompensatoria di forza e superiorità, ottenuta attraverso la continua percezione idealizzata di sé come persona forte, ma cattiva. In passato tale imposizione è stata agita con la messa in atto di comportamenti a forte connotazione antisociale, frequentando ambienti criminali e compiendo atti di violenza. Attualmente prevalgono invece agiti auto-aggressivi, che hanno anche una funzione autopunitiva.

Successivamente, ipotizziamo che nel corso delle precedenti “terapie inutili”, così le ha definite, Claudio abbia potuto raggiungere livelli più integrati di espressione dell’aggressività, che non è stata più agita in senso antisociale, ma si è focalizzata su agiti autolesionistici e sull’abuso più moderato di sostanze. Insieme alla rabbia sono comparsi sentimenti depressivi, attacchi d’ansia e di panico, psicodinamicamente collegati alla minaccia di disindividuazione ermafroditica, cioè dell’invasione nel campo della coscienza di vissuti di debolezza, inadeguatezza ed incapacità che potrebbero far vacillare il senso di Sé.

Nella definizione adleriana di ermafroditismo psichico, la prima coppia antitetica che viene presa in considerazione è quella di maschile/femminile. L’ingresso del femminile terapeutico rimanda al ruolo della madre nella storia clinica di questo paziente: in particolare colpisce la quasi totale assenza della madre nei suoi racconti. I tentativi di indagare quest’area producono risposte evasive: il discorso ritorna sempre sul padre. Questo dato potrebbe dire molto a proposito della relazione tra Claudio e la madre, caratterizzata, sembra, da una grande assenza. La scelta è di rispettare la negazione del paziente, almeno in questa fase della terapia. La relazione terapeutica forse molto orientata all’accudimento, sembra aver consentito una prima esperienza di contatto “nutriente” con il femminile.

Il Sé corporeo è l’unica parte del Sé che il paziente riesce a sentire senza troppa angoscia, ed è anche la parte che ora attacca con maggior aggressività, attraverso gli agiti autolesionistici: essi rappresentano la materializzazione e l’espiazione del suo dolore, espresso in senso autopunitivo rispetto a Sé, ma hanno anche una valenza etero-aggressiva. La terapeuta non può che sentirsi controtransferalmente impotente e rischia di attivare soltanto la parte di Sé accudente, se pur necessaria, ma debole agli occhi del paziente. Inoltre, gli agiti in seduta vengono accolti come comunicazioni, certamente aggressive e trasgressive, ma sulle quali è

possibile lavorare nella direzione di una maggiore mentalizzazione degli stati affettivi. In situazioni come queste l'utilizzo attivo del controatteggiamento diviene fondamentale: accanto a strumenti quali convalidazione empatica e incoraggiamento ad elaborare, esso può rappresentare uno strumento utile al processo di mentalizzazione che conduce anche alla maggior consapevolezza dei propri stati emotivi.

Claudio, nel corso della terapia, ha smesso di tagliarsi. Potendo iniziare a dare un senso alla propria storia, la sua sintomatologia depressiva è andata progressivamente riducendosi e la sintomatologia ansiosa è diventata via via più gestibile; ha anche cominciato ad assumere regolarmente la terapia farmacologica. Quando, due mesi prima della conclusione concordata della psicoterapia, la terapeuta ha cominciato ad introdurre il tema della separazione, Claudio ha però scelto di "tagliare" le sedute, droppando senza avvertire le ultime 5 e rendendosi di fatto irreperibile.

Il miglior compenso clinico raggiunto, la possibilità di riconoscere ed accogliere nella propria storia di vita parti di sé inizialmente inaccettabili e incomprensibili, la possibilità di accettare una diversa organizzazione, seppure ancora scissionale, della propria identità sono i risultati che sembrano conseguiti, al costo di uno spostamento dell'agito, dal proprio corpo alla relazione terapeutica. La possibilità dunque di attribuire alle ferite una funzione comunicativa verso l'altro (la moglie e la terapeuta) e una funzione simbolica per sé potrebbero rappresentare un primo passo verso la mentalizzazione in luogo dell'agito. Si è salvata, in ogni caso, la relazione con lo psichiatra, grazie al quale sappiamo che quella di Claudio è stata una "fuga nella salute"; tagliando le sedute, ha potuto agire ancora la propria distruttività, indirizzandola al setting terapeutico e preservando, almeno per ora, i risultati parziali conseguiti.

Anna è una donna di 42 anni, sposata, con due figli quasi adolescenti, che lavora in un reparto ospedaliero. Dopo alcuni contatti con psichiatri in ambito privato ed un ricovero in ospedale, giunge al DSM, accetta le terapie farmacologiche dello psichiatra, con il quale stabilisce subito un'alleanza positiva, caratterizzata da un transfert paterno sottilmente idealizzato, ed accetta l'invio alla psicoterapia.

Il sintomo che la porta in psicoterapia è il frequente ricorso ad agiti autolesionistici: utilizzando gli strumenti di sala operatoria che ha quotidianamente a disposizione, si procura dei tagli, spesso profondi e in zone del corpo pericolose, come sul collo vicino all'arteria carotidea o all'interno della gamba vicino alla femorale. Sutura da sola le ferite, e successivamente inizia ad aprirle e richiuderle più volte, «perché non sono state chiuse come voglio, in modo perfetto, senza dolore». Di alcune ferite "festeggia il compleanno": «la più vecchia ha compiuto due anni ad agosto». Grazie a queste ferite ha imparato «a non avere più paura di niente» e si è esercitata a «provare meno dolore: è come se mi fossi

pian piano anestetizzata contro il dolore». Le ferite non sono mai guarite abbastanza bene per Anna, continua ad aprirle e richiuderle, fino a far diventare dura la carne intorno e a rendere le cicatrici irrimediabilmente vistose. Ha anche molti segni sul viso: brufoli che vengono infettati e tormentati per mesi, fino a creare ferite sempre più estese: così un'herpes labiale si trasforma in una cicatrice che arriva fino al naso.

Con fatica ed estrema sofferenza racconta l'episodio che l'ha fatta precipitare in una profonda crisi depressiva: alcuni anni prima scopre di avere un nodulo al seno, che lei "sentiva" maligno, nonostante il parere di tutti i medici interpellati – così almeno lei riferisce – riesce a farsi operare nel febbraio 2002 e, fatalmente, il tumore è risultato maligno. È molto arrabbiata con i medici perché, e lo sottolinea con enfasi, «nessuno ha voluto *vedere* il fatto che io stavo male davvero, hanno cercato di convincermi che non avevo *niente*».

Ha vissuto come una costrizione e una "violenza sul corpo" prima la chemioterapia e poi la radioterapia, e nel frattempo è andata sviluppando la convinzione che il suo corpo aveva dato quel chiaro segnale e che lei forse avrebbe dovuto morire; aggiunge che se il male dovesse tornare, non si farebbe più operare e lascerebbe che il tumore avesse il suo percorso, perché in fondo pensa di aver assolto i suoi compiti fondamentali e desidera soltanto morire. Non ha mai effettuato i controlli clinici necessari, «non per paura di sapere se c'è qualcosa che non va, ma per paura di sentirsi dire che va tutto bene».

Riferisce spesso pensieri di morte: «non il suicidio, perché è connotato troppo negativamente dal giudizio sociale, ma modi molto più fini e meno sospetti che ho a disposizione quotidianamente, come il pungermi con siringhe infette o uscire di strada con l'auto», oppure spera nel ritorno del male, «così nessuno potrebbe dire che sono una vigliacca, ma *vedrebbero* il dolore della mia anima».

Descrive spesso sentimenti di un vuoto profondo, che nullifica ogni cosa: se stessa, i suoi progetti, la sua famiglia. Una delle immagini più eloquenti che la paziente utilizza per descrivere se stessa è la seguente metafora: si sente come su una scacchiera, su cui c'è tutta la sua vita, ma alcune caselle sono buche, cadendo nelle quali si precipita in un luogo nero e senza fondo.

Sin dal primo colloquio con lo psichiatra, e poi nelle 15 sedute che precedono una interruzione temporanea del trattamento, la signora allude, chiedendo peraltro di non approfondire l'argomento, ad un abuso sessuale da lei subito da parte del padre, iniziato quando lei aveva 5 anni e protrattosi fino all'adolescenza. Solo in quel momento riferisce di aver iniziato a comprendere «l'orrore di quei gesti: allora il dolore del corpo si è trasformato in un dolore dell'anima». Non ha mai raccontato a nessuno questa vicenda così drammatica. «Ma come facevano a

essere così scemi da non vedere che stavo male? Mi sgridavano, dicendomi che non avevo *niente*. Nessuno ha mai *volutamente vedere*».

Durante la prima parte del trattamento, Anna non si ferisce sostanzialmente più. Inizia però a mangiare in modo compulsivo, senza fame, aumentando di diversi chili; rispetto a questo, si chiede da sola se abbia spostato la sua sofferenza sul cibo «per colmare il vuoto che sento dentro».

L'interruzione, il “taglio” delle sedute, che ha dinamiche profonde e complesse, prende forma in un momento in cui la terapeuta, a seguito di particolari dinamiche tra la paziente e la famiglia del marito, la invita a permettersi di essere arrabbiata per l'atteggiamento e i comportamenti svalutativi della suocera.

Il nuovo ricorrere ad agiti autolesionistici e la mantenuta alleanza con lo psichiatra portano Anna a decidere di “ricucire” il *setting* e di riprendere la terapia. Sin dalla prima seduta, e per le successive 18, risulta evidente che la paziente ha deciso che qualcuno possa *vedere* le ferite della sua anima e che il suo *niente* debba finalmente avere una forma ed un significato.

Il racconto degli abusi è drammatico, ma possibile. Un sogno ed un ricordo in particolare le permettono di comprendere parte del significato del suo continuo ferirsi: ricorda che il padre una volta le aveva dato un fazzoletto bianco di stoffa per pulirsi, che si era sporcato di sangue; a questo associa la sua abitudine di non utilizzare garze sterili per pulire le ferite, che possono poi essere buttate, ma fazzoletti bianchi, che poi si trova a dover ossessivamente lavare. Nel corso delle sedute riesce a tollerare ed elaborare il pensiero che l'impulso a tratti incontrollabile non tanto di ferirsi, ma di riaprire le ferite, per farle guarire alla perfezione e completamente, senza dolore, rappresenta simbolicamente il tentativo di cancellare e guarire senza più dolore il ricordo degli abusi.

Verso la fine della terapia Anna può permettersi di riconoscere, vivere emotivamente ed esprimere l'aggressività verso la madre, che “sapeva” e non ha fatto nulla per proteggerla, e verso la famiglia del marito. Riesce anche, per la prima volta nella vita, ad imporsi con il padre in una circostanza familiare. Alla 32° seduta, contemporaneamente all'avvicinarsi della conclusione della psicoterapia, Anna porta un elemento nuovo: è andata dalla dermatologa per farsi aiutare a curare le cicatrici sul viso, ed ha accettato per la prima volta che un collega le suturasse una ferita.

L'analisi si chiude con la riflessione che l'aver permesso alla terapeuta di *vedere* realmente le ferite di Anna, non solo le cicatrici sul corpo ma anche “i mali dell'anima”, le ha permesso di liberarsi dalla coazione di ripeterle ossessivamente a scopo catartico, integrandole in parte nella propria storia e, così facendo, potendo prendersene cura.

Il corpo è il teatro dei drammi esistenziali di questa paziente, mai visto e riconosciuto nel suo dolore (così almeno il suo vissuto), siano essi i genitori, i medici, i familiari del marito, il marito stesso. Il corpo dunque come luogo e veicolo non di esperienze di tenerezza ed accudimento, ma di dolore e mancato riconoscimento, che divengono “incontenibili”: l’enuresi notturna fino alla scuola media, l’abuso da parte del padre fino all’adolescenza, l’impossibilità di sperimentare la tenerezza e l’intimità sessuale con il marito, il tumore al seno, fino ad arrivare alle ferite autoinferte e a tratti all’iperalimentazione compulsiva.

L’esperienza del tumore, con le fantasie angosciose legate ad un male interno portatore di morte, può aver svolto la funzione di “detonatore psicosomatico”. La sintomatologia autolesionistica sembra rappresentare un tentativo di auto-protezione ad alto contenuto simbolico, emotivo ed affettivo, gestita attraverso fantasie e modalità di controllo onnipotente, ossessivo e passivo-aggressivo, allo scopo di proteggere il Sé da angosce dis-individuative di vuoto e di mancato riconoscimento profondo; dal punto di vista relazionale tale sintomatologia rimanda alla rappresentazione aggressiva ed accusatoria del proprio dolore di fronte a coloro che *non hanno visto*.

Il primo *follow-up* a 3 mesi conferma che Anna non ha più fatto ricorso ad agiti anticonservativi. Questo ci permette di ipotizzare che l’interpretazione del significato simbolico degli agiti anticonservativi ha permesso alla paziente di mentalizzare la propria sofferenza interna, rendendola libera, almeno in questo momento, di non utilizzare più il corpo per esprimerla.

V. Conclusioni

La letteratura scientifica sottolinea il fatto che l’autolesionismo non sia ancora stato pienamente compreso nella sua complessità psicodinamica, e spesso viene descritto come uno dei principali sintomi che inducono al ricovero del paziente borderline [22, 25, 37, 39]. Se è vero che il ricovero può avere temporaneamente per il paziente la funzione di alleviamento dalle tensioni, questo stesso effetto può implicitamente rinforzare la sintomatologia, poiché il ricovero può divenire un mezzo strumentale per evitare il conflitto ed il confronto con dinamiche e sofferenze più profonde [38].

La consapevolezza che sia descritta clinicamente una differenza significativa tra agiti autolesivi e atti suicidari può rassicurare rispetto alla possibilità di farsi carico del paziente e del suo sintomo nel contesto di una psicoterapia, senza ricorrere al ricovero ospedaliero. Dunque, compito del clinico che si trova a dover trattare un paziente borderline che commette atti autolesionistici è quello di poter tol-

lerare emotivamente e a livello controtransferale [8, 48] il peso di tali agiti nel contesto del trattamento psicoterapeutico.

L'agito autolesionistico portato in seduta, di fatto un attacco al *setting*, può comunicare messaggi e bisogni differenti dei pazienti. Dal punto di vista intrapsichico, può rappresentare la "materializzazione" del dolore psichico, nella sua forma più drammatica, accompagnato da pensieri auto (e/o etero) aggressivi legati a fantasie di autopunizione e sentimenti di colpa; può permettere, attraverso l'esperienza del dolore corporeo, di recuperare il contatto con parti del sé in momenti di particolare tensione psichica, funzionando come un 'collante intrapsichico' nei momenti in cui il paziente lotta contro la percezione della disindividuazione e del crollo dell'identità. Dal punto di vista della relazione terapeutica, l'agito autolesionistico può rappresentare una esasperata richiesta di affettività, di attenzione e di cura; oppure può configurarsi come un tentativo simbolico di distruggere i confini del *setting* come attacco alla dipendenza dal terapeuta [52].

In questa prospettiva, l'eventualità che un paziente, all'interno di un trattamento psicoterapeutico strutturato, possa riuscire a rinunciare agli atti autolesionistici, anche solo temporaneamente e al prezzo di agire questa necessità intrapsichica di fatto "tagliando" la relazione con il terapeuta, può essere un primo necessario passo verso la possibilità di "mentalizzare" un'esperienza intrapsichica e relazionale, invece che "materializzarla" sul proprio corpo, denotando in questo modo la possibilità di un livello di funzionamento, seppur di poco, più integrato.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, ASTROLABIO, Roma 1971.
2. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (1999), Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: a Randomized Controlled Trial, *Am. J. Psychiatry*, 156: 1563-1569.
3. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2001), Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: an 18-month Follow-up, *Am. J. Psychiatry*, 158: 36-42.
4. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Cortina, Milano 2006.
5. BOND, M. D., PERRY, J. C. (2004), Long-term Changes in Defense Styles with Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety and Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 161: 1665-1671.
6. BOHUS, M., LIMBERGER, M., EBNER, U. ET ALII (2000), Pain Perception During Self-Reported Distress and Calmness in Patients with Borderline Personality Disorder and Self-Mutilating Behaviour, *Psychiatry Res.*, 95: 251-260.
7. BRODSKY, B. S., CLOITRE, M., DULIT, R. A. (1995), Relationship of Dissociation to Self-Mutilation in Female Patients with Borderline Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 152: 1788-1792.
8. BROWN, M. Z., COMTOIS, K. A., LINEHAN, M. M. (2002), Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women with Borderline Personality Disorder, *J. Abnorm. Psychol.*, 111: 198-202.
9. CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., LEVY, K. N., HULL, J. W., DELANEY, J., KERNBERG, O. (2001), The Development of a Psychodynamic Treatment for Patients with Borderline Personality Disorder: a Preliminary Study of Behavioral Change, *J. Personal. Disord.*, 15: 487-495.
10. DULIT, R. A., FYER, M. R., LEON, A. C., BRODSKY, B. S., FRANCES, A. J. (1994), Clinical Correlates of Self-Mutilation in Borderline Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 151: 1305-11.
11. DUBO, E. D., ZANARINI, M. C., LEWIS, R. E., WILLIAMS, A. A. (1997), Childhood Antecedents of Self-destructiveness in Borderline Personality Disorder, *Can. J. Psychiatry*, 42: 63-69.
12. FASSINO, S., FERRERO, A. (2005), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Consult. Clin. Psychol.*, submitted.
13. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, CSE, Torino.
14. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-46.
15. FERRERO, A. (2005), "Which Kind of Adlerian Psychotherapy? The Power of Different Theoretical Issues Underlying Different clinical Practices", invited lecture, *23rd Congress of International Association of Individual Psychology*, Torino.
16. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia a tempo limitato per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-37.

17. FONAGY, P. (1991), Thinking about Thinking: Some clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, *Intern. Journ. of Psychoan.*, 72: 639-656.
18. FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2006), Mechanism of Change in Mentalization-Based Treatment of Borderline Personality Disorder, *J. Clin. Psychol.*, 62: 411-430.
19. FOSSATI, A., BARRATT, E. S., CARRETTA, I., LEONARDI, B., GRAZIOLI, F., MAFFEI, C. (2004), Predicting Borderline and Antisocial Personality Disorder Features in Nonclinical Subjects Using Measures of Impulsivity and Aggressiveness, *Psychiatry Res.*, 125: 161-170.
20. GABBARD, G. O., MILLER, L. A., MARTINEZ, M. (2007), The Mind-brain Interface in Borderline Personality Disorders, *Anniversario Fondazione Clinica Viarnetto*, Lugano, Svizzera.
21. GOODMAN, M., NEW, A. (2000), Impulsive Aggression in Borderline Personality disorders, *Curr. Psych. Rep.*, 2: 56-61.
22. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Cortina, Milano 2003.
23. GUNDERSON, J. G., RIDOLFI, M. E. (2001), Borderline Personality Disorder: Suicidality and Self-Mutilation, *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 932: 61-73.
24. HERPERTZ, S., SASS, H., FAVAZZA, A. (1997), Impulsivity in Self-Mutilative Behaviour: Psychometric and Biological Findings, *J. Psychiatr. Res.*, 31: 451-465.
25. HULL, J. W., YEOMANS, F., CLARKIN, J., LI, C., GOODMAN, G. (1996), Factors Associated with Multiple Hospitalizations of Patients with Borderline Disorder, *Psychiatry Serv.*, 47: 638-641.
26. JOHNSON, J. G., COHEN, P., BROWN, J., SMAILES, E. M., BERNSTEIN, D. P. (1999), Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood, *Arch. of Gen. Psychiatry*, 56: 600-606.
27. KEMPERMAN, I., RUSS, M. J., CLARK, W. C., KAKUMA, T., ZANINE, E., HARRISON, K. (1997), Pain Assessment in Self-Injurious Patients with Borderline Personality Disorder Using Signal Detection Theory, *Psychiatry Res.*, 70: 175-183.
28. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
29. KERNBERG, O. F. (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, tr. it. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1980.
30. KORNER, A., GERULL, F., STEVENSON, J., MEARES, R. (2007), Harm Avoidance, Self-harm, Psychic Pain, and the Borderline Personality: Life in a "Haunted house", *Compr. Psychiatry*, 48: 303-308.
31. LEIBENLUFT, E., GARDNER, D. L., COWDRY, R. W. (1987), The Inner Experience of The Borderline Self-Mutilator, *J. Personal. Disord.*, 1: 317-324.
32. LEICHSENRING, F., LEIBING, E. (2003), The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behaviour Therapy in the Treatment of Personality Disorder: a Meta-Analysis, *Am. J. Psychiatry*, 156: 1312-1321.
33. LINEHAN, M. (1993), *Dialectical Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York.
34. MAFFEI, C. (1996), La patogenesi traumatica della personalità borderline, in ROVERA G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.

35. MOELLER, F. G., BARRATT, E. S., DOUGHERTY, D. M., SCHMITZ, J. M., SWANN, A. C. (2001), Psychiatric Aspects of Impulsivity, *Am. J. Psychiatry*, 158: 1783-1793.
36. PARIS, J. (2002), Chronic Suicidality among Patients with Borderline Personality Disorder, *Psychiatr. Serv.*, 53: 738-742.
37. PARIS, J. (2004), Half in Love with Easeful Death: the Meaning of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder, *Harv. Rev. Psychiatry*, 12: 42-48.
38. PARIS, J. (2004b), Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder?, *J. Personal. Disord.*, 18: 240-247.
39. PARIS, J. (2005), Understanding Self-mutilation in Borderline Personality Disorder, *Harv. Rev. Psychiatry*, 13: 179-185.
40. PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H. (1992), A Critical Review of the Role of Childhood Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder, *Can. J. Psychiatry*, 37: 125-128.
41. PERRY, J. C., BANON, E., IANNI, F. (1999), Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 156: 1312-1321.
42. PERRY, J. C., HERMAN, J. L. (1993), I traumi e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità, in PARIS, J. (1993), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina, Milano 1995.
43. POUTSKA, F., LEHMKUL, G. (1985), Disturbi Borderline secondo la concezione Individual Psicologica. Possibilità e limiti della terapia nei bambini e negli adolescenti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 35: 31-49, 1994.
44. RATTNER, L. (1986), Die Narzisstische Persönlichkeit in der Sicht der Individualpsychologie, *Zeit. of Individualpsychol.*, 11: 25-40.
45. ROVERA, G. G. (1993), Individualpsychologische Psychotherapie mit Borderline – Patienten, XIX° *Congr. Internaz. di Psicol. Indiv.*, Budapest.
46. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
47. SABO, A. N., GUNDERSON, J. G., NAJAVITS, L. M., CHAUNCEY, D., KISIEL, C. (1995), Changes in Self-Destructiveness of Borderline Patients in Psychotherapy. A Prospective Follow up, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 183: 370-376.
48. SANSONE, R. A., SONGER, D. A., GAITHER, G. A. (2000), Medically Self-Harming Behaviour and its Relationship to Borderline Personality among Psychiatric Inpatients, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 188: 384-386.
49. SANSONE, R. A., GAITHER, G. A., SONGER, D. A. (2002), The Relationships among Childhood Abuse, Borderline Personality, and Self-Harm Behaviour in Psychiatric Inpatients, *Violence Vict.*, 17: 49-55.
50. SCARSO, G., MUNNO, D. (1996), Aspetti nosografici della patologia borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
51. SCARSO, G., LAGUZZI, S., CANDELLERI, S., FILA, P. (1994), La patologia borderline fra individuo e relazione familiare, *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Università degli Studi di Torino – Istituto di Clinica Psichiatrica, vol. LXXIII, fasc. 1.
52. SCHLOESSER, A. (2000), Grenzlينien in der Psychotherapie. Borderlines in Psychotherapy, *Zeit. of Individualpsychol.*, 25: 197-203.
53. SHEARER, S. L. (1994), Phenomenology of Self-Injury among Inpatient Women

- with Borderline Personality Disorder, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 182: 524-526.
54. SIMEON, D., STANLEY, B., FRANCES, A., MANN, J. J., WINCHEL, R., STANLEY, M. (1992), Self-Mutilation in Personality Disorder: Psychological and Biological Correlates, *Am. J. Psychiatry*, 149: 221-226.
55. STANLEY, B., GAMEROFF, M. J., MICHALSEN, V., MANN, J. J. (2001), Are Suicide Attempters who Self-Mutilate a Unique Population?, *Am. J. Psychiatry*, 158: 427-432.
56. ZLOTNICK, C., MATTIA, J. I., ZIMMERMAN, M. (1999), Clinical Correlates of Self-Mutilation in a sample of General Psychiatric Patients, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 187: 296-301.
57. ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J. (1994), Psychological Risk Factors for Dissociation and Self-Mutilation in Female Patients with Personality Disorder, *Can. J. Psychiatry*, 39: 259-265.

Andrea Ferrero
Via Sommacampagna, 6
I-10131 Torino
E-mail: andfer52@hotmail.com