

ABUSO SESSUALE INFANTILE E DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: CONSIDERAZIONI PATOGENETICHE E TERAPEUTICHE

Manna V.*

“Il mondo è pericoloso non a causa di chi fa il male, ma a causa di chi guarda e lascia fare.”

Albert Einstein

SUMMARY. Sexual abuse in childhood and borderline personality disorder: pathogenetic and therapeutic considerations

In this brief work of social psychiatry, the pathogenetic role of sexual abuse in childhood on the onset of a borderline personality disorder was reviewed. Many symptoms of this complex disorder seem to be not only an attempt to cope with painful emotions related to the traumatic event, but also the related chronic effects on cognitive, emotive and behavioural mechanisms, that were integrated into the victim's personality structure. The traumatic event, in sexually abused patients, can induce a symptomatology, very similar to chronic post-traumatic stress disorder, associated with other clinical disorders as eating disorders and substance abuse disorders. This clinical spectrum can be considered an expression of dyshedonia (hedonic homeostatic dysregulation).

RIASSUNTO

In questo breve lavoro di psichiatria sociale, il ruolo patogenetico dell'abuso sessuale infantile sull'insorgere di un disturbo borderline di personalità viene rivisitato. Molti sintomi di questo complesso disordine sembrano essere, non solo un tentativo d'adattamento alle emozioni dolorose connesse all'evento traumatico, ma anche i correlati effetti cronici, sui meccanismi cognitivi, emotivi e comportamentali, integrati nella struttura di personalità della vittima. L'evento traumatico, nei pazienti abusati sessualmente, può indurre una sintomatologia molto simile al disturbo post-traumatico da stress associato ad altri disordini clinici come disordini alimentari e dipendenze patologiche da sostanze. Questo spettro clinico può essere considerato un'espressione della disedonia (disregolazione omeostatica edonica).

* Medico, Psicoterapeuta, Specialista in Psichiatria, Specialista in Neurologia, Dirigente Responsabile del Centro di Salute Mentale di Genzano di Roma, DSM AUSL ROMA H

INTRODUZIONE

In psichiatria, per lungo tempo, l'interpretazione neurobiologica, che vedeva la psicopatologia com'espressione e conseguenza d'alterazioni neurochimiche su base genetico-costituzionale, è stata contrapposta a quella psicodinamica, che vedeva nei conflitti intrapsichici la base etio-patogenetica della malattia mentale.

Scarsa attenzione è stata posta, in realtà, da entrambe queste istanze interpretative, nella ricerca e nello studio dell'effettivo rapporto intercorrente tra esperienze stressanti, eventi di vita e/o traumi psichici, concretamente vissuti, ed insorgenza della patologia mentale. (1)

Secondo alcune recenti osservazioni gli eventi psicotraumatici potrebbero associarsi a variazioni di parametri neurobiologici, apprezzabili e persistenti, nel sistema nervoso centrale. (1-2) Il riconoscimento di un ruolo etio-patogeneticamente rilevante agli eventi di vita stressanti, in ambito psichiatrico, ha indotto un rinnovato interesse per lo studio dell'effetto di specifici eventi, nella formazione e nella modulazione del carattere, oltre che nella genesi di quadri propriamente psicopatologici. (3-9)

Eventi di vita "importanti" possono avere effetti significativi non solo diretti ed immediati, sull'equilibrio psico-affettivo dell'individuo, ma anche a lungo termine, sulla sua costituzione psico-fisica. (10-11)

Il trauma, in quest'ottica, imporrebbe al soggetto di riassetare le preesistenti strutture mentali, nella loro intrinseca unitarietà psico-biologica, senza che venga distrutto il senso di continuità e coerenza della propria esistenza e, quindi, della propria identità personale. (12-13)

Queste capacità di riassetamento presuppongono lo sviluppo, nei primi anni di vita, d'adequati schemi cognitivo-affettivi, che regolano la percezione di sé, dell'altro e delle relazioni interpersonali. (14-15)

Tali capacità possono essere deficitarie per motivi diversi e complessi.

Se è difficoltoso interpretare tutti gli effetti indotti da un evento traumatico nell'equilibrio psichico di un adulto, risulta essere ancora più difficile interpretare gli effetti destruenti di eventi traumatici avvenuti in età infantile, che per loro natura possono compromettere il complesso equilibrio tra sviluppo neurobiologico, mondo interiore e relazioni interpersonali, in cui evolve e matura il vissuto psichico dell'individuo. (16-17)

EVENTI TRAUMATICI E LORO IMPORTANZA ETIO-PATOGENETICA IN PSICHIATRIA

Il concetto di trauma psichico, come reazione ad eventi di vita emotivamente significativi, è stato introdotto, nel XIX secolo, in modo implicito da Esquirol e da Pinel, nella distinzione tra le cause "moralì" e quelle "fisiche" della follia. (18) Alla fine dell'ottocento furono definiti come "nevrosi traumatica", quadri di ansia patologica in risposta a gravi traumi e shock emotivi. Kraepelin, agli inizi del novecento, indicò come nevrosi da allarme-spavento, una condizione psicopatologica autonoma, insorta in seguito ad eventi di vita, che avevano suscitavano intensa ansia e paura. (19)

Bleuler (20) nel 1911 introdusse il concetto di psicogenesi dei sintomi in rapporto ad eventi della vita e definì come quadri clinici distinti i “disturbi psicoreattivi o psicogeni” o “reazioni patologiche”, quadri clinici assai diversi tra loro, che non erano interpretati come direttamente conseguenti all’evento in sé, ma sempre correlati alla personalità premorbosa. Adolf Meyer, negli stessi anni, in ottica che oggi definiremmo psicobiologica, sostenne che molti disturbi mentali potevano essere interpretati come “life experiences reactions”, cioè, come espressione dell’adattamento attivo dell’individuo alla realtà e alle circostanze psicosociali vissute.

Jaspers ha introdotto, successivamente, il concetto di quadri psicopatologici secondari e reattivi ad avvenimenti di vita distinguendo “reazioni ad avvenimenti” normali ed anormali, comprensibili ed incomprensibili. (21) Schneider, inoltre, ha puntualizzato il concetto di “reazioni abnormi” che “si allontanano dalla media delle normali reazioni soprattutto per la loro insolita intensità, per l’inadeguatezza rispetto al motivo o per l’abnormità della durata o dell’aspetto o per il comportamento abnorme”. (22)

Horowitz definì una precisa nosografia dei disturbi psichiatrici conseguenti ad un evento traumatico e descrisse alcuni sintomi comuni ai soggetti vittime di un grave trauma, come dolore e tristezza, paura di diventare distruttivi e sensi di colpa per i propri impulsi di rabbia, paura di identificarsi con le vittime e sentimenti di colpa per essere sopravvissuti, paura di ripetere il trauma e vergogna rispetto al sentimento di impotenza e di vuoto. (23)

L’inquadramento clinico delle manifestazioni psicopatologiche insorte in relazione ad eventi è, tuttavia, rimasto sempre in una prospettiva abbastanza poco definita.

Solo di recente, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (24), IV Edizione (DSM-IV) ha proposto una chiara distinzione tra quadri psicopatologici conseguenti ad avvenimenti stressanti, a seconda della gravità dell’evento causale, in due grandi categorie:

- i disturbi dell’adattamento;
- il disturbo post-traumatico da stress.

I disturbi dell’adattamento sono correlati funzionalmente ad eventi di vita, comuni anche se rilevanti. Si presentano con una sintomatologia clinica d’entità lieve o moderata, la cui genesi è da ricercarsi non tanto nell’evento in sé, quanto, piuttosto, nella vulnerabilità del soggetto, cioè nella sua incapacità di affrontare con sufficiente capacità d’adattamento l’evento.

Il disturbo post-traumatico da stress è funzionalmente correlato ad eventi stressanti di maggiore entità, a situazioni estreme che implicano una minaccia per la vita o per l’integrità fisica, eventi che possono coinvolgere uno o più individui e che potrebbero determinare, in chiunque, effetti traumatici, temporanei o persistenti.

Quest’approccio diagnostico-nosografico, rispetto alle classificazioni precedenti, ha il pregio di stabilire confini nosografici precisi e di evidenziare la diversa gravità dei sintomi psicopatologici indotti, in rapporto alla diversa incisività degli eventi traumatici. E’ restato, tuttavia, in secondo piano il ruolo della vulnera-

bilità individuale, della predisposizione di personalità e della psicogenesi rispetto agli effetti intrapsichici dell'evento traumatico. (25)

EVENTI TRAUMATICI E VULNERABILITÀ INDIVIDUALE

Col termine di “trauma psichico”, nell'interpretazione psicoanalitica classica, è stato inteso un evento improvviso ed inatteso, con un'intensità tale da superare le capacità d'elaborazione psichica dell'Io e con effetti patogeni prolungati e duraturi nell'organizzazione psichica dell'individuo. (18) Inizialmente per Freud il trauma psichico rappresentava una reazione ad un evento reale, oggettivo. (26) Col tempo egli stesso prese consapevolezza del fatto che i ricordi riferiti dai pazienti, in trattamento analitico, non potevano essere considerati tracce mnestiche d'eventi realmente accaduti, ma rappresentavano, spesso, elaborazioni fantastiche, successive dell'evento, o costruzioni mentali, senza alcuna base reale. (27) In ambito psicoanalitico, fu abbandonato il modello della causalità meccanica e della temporalità lineare. Gli effetti psicopatogenetici, prima attribuiti agli eventi traumatici, furono attribuiti successivamente alle trasformazioni intrapsichiche che i ricordi di questi eventi avevano subito, sotto la pressione di potenti fattori inconsci. (28- 31) La scoperta degli effetti patoplastici esercitati dall'inconscio ha ridotto sensibilmente, da allora, l'attenzione rivolta dagli psicoanalisti ai reali eventi traumatici, avvenuti nell'infanzia.

Non si può definire traumatico un evento “a priori” senza tenere nella giusta considerazione la vulnerabilità individuale. (32-36) Inoltre, appare necessaria una distinzione qualitativa e quantitativa rispetto al tipo ed all'intensità del trauma (37-38). E', in altre parole, necessario differenziare i traumi gravi, che determinerebbero in chiunque conseguenze dolorose e dannose, temporanee o permanenti, dai traumi minori o “normali”. (37-38) I traumi intensi, infatti, risultano avere effetti profondamente diversi da quelli cosiddetti minori o normali, sebbene sia sempre la sensibilità psichica soggettiva che determina la maggiore o minore gravità soggettiva di un evento traumatico. (39) in realtà, alcuni eventi, in qualsiasi stadio dello sviluppo dell'individuo o in qualsiasi condizione d'aiuto esterno, possono produrre effetti gravemente dannosi sulla vita psichica dell'individuo, nell'immediato ed anche a distanza di tempo. Tali eventi spesso lasciano tracce mnestiche, che non possono essere cancellate, né possono essere rielaborate intrapsichicamente al punto da essere reintegrate completamente nel vissuto dell'individuo. (40)

Gli effetti a breve termine di un abuso sessuale, sul piano diagnostico-nosografico, sono facilmente inquadrabili in un disturbo post-traumatico da stress. Gli effetti a lungo termine, però, si presentano con sintomi aspecifici di tipo depressivo, ansioso, con abuso di sostanze, somatizzazioni ed alterazioni del comportamento alimentare, che lasciano profondi dubbi sull'effettiva specificità del rapporto fra trauma e disturbi mentali susseguenti. (41-44) Da un lato il trauma sessuale potrebbe essere interpretato come un fattore di rischio generico, per ogni forma di psicopatologia, dall'altro potrebbe essere correlato più specificamente al disturbo post-traumatico da stress cronico ed alla genesi di un disturbo borderline di perso-

nalità. Entrambe queste possibilità vanno contemplate con l'eventualità che l'abuso sessuale possa rappresentare solo un fattore slatentizzante una patologia psichica preesistente, oppure potrebbe rappresentare una conseguenza della psicopatologia stessa, già in atto, con effetti gravemente disturbanti le relazioni interpersonali. (1, 45-50)

TRAUMI SESSUALI INFANTILI E DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Alcuni studi hanno evidenziato una correlazione fra traumi sessuali infantili e Disturbo Borderline di Personalità (DBP), rilevando, inoltre, una comorbilità statisticamente significativa con i Disturbi dell'Alimentazione e con il Disturbo da Abuso di Sostanze. (1, 51-62) In particolare, storie di gravi abusi sessuali sembrano poter indurre sia un Disturbo Borderline di Personalità sia sindromi multiple, comprendenti disturbi legati all'alimentazione (75%), abuso d'alcool e altre sostanze (80%) e somatizzazioni (95%). (63) Alcuni studi recenti hanno evidenziato un'alta incidenza di abuso sessuale anche tra i pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare (64) e in pazienti con Disturbo da Abuso di Sostanze. (65) Alcuni studiosi, hanno rilevato, in uno studio su 712 donne con alterazioni del comportamento alimentare, frequenti storie di abuso sessuale (29%) e di abuso fisico (25%). (66) Le pazienti abusate, in questo campione, risultavano essere maggiormente depresse al Beck Depression Inventory, dimostravano una maggiore gravità del disturbo alimentare all'Eating Disorders Inventory e presentavano più frequentemente storie cliniche d'alcolismo, tentati suicidi e comportamenti antisociali.

Alcuni autori, però, hanno sostenuto che l'abuso sessuale non predisporrebbe di per sé al disordine alimentare, ma potrebbe influenzare la natura del disturbo che si sviluppa per altri fattori. (67) Un'anoressia di tipo restrittivo potrebbe, ad esempio, essere complicata dall'abuso di lassativi, dal vomito indotto e talora evolvere in una forma con aspetti bulimici associata ad assunzioni incongrue d'alcolici e d'altre sostanze d'abuso. Questi comportamenti rappresenterebbero una forma di difesa dall'angoscia correlata ai vissuti intollerabili, indotti dall'abuso sessuale. (68)

In quest'ottica, il trauma sessuale infantile potrebbe rappresentare, quindi, un elemento importante ma non specifico, nell'ambito di un modello etio-patogenetico multifattoriale, nella genesi dei disturbi alimentari, in particolare, nei quadri con comportamenti bulimici, (69-71) con frequenti eccessi alcolici (72-73) e tendenza all'abuso ed alla dipendenza da sostanze. (74-75)

L'abuso sessuale, avvenuto in una fase della maturazione psichica, in cui è scarsa o assente la capacità di modulazione e contenimento degli effetti intrapsichici degli eventi traumatici, potrebbe, in qualche modo, ostacolare o modificare in senso disadattivo lo stesso sviluppo psichico. (76) In particolare, si può ipotizzare un effetto dell'abuso sessuale precoce sul processamento delle informazioni, sulla strutturazione emotivo-cognitiva del rapporto interpersonale con le figure di riferimento principali, sulla capacità di controllo degli impulsi (77-78) che facili-

terebbe lo sviluppo di particolari tratti di personalità quali: aggressività, labilità emotiva, instabilità affettiva, disturbi del comportamento alimentare, (58) craving per le sostanze d'abuso, (79) impulsi autolesionistici e tendenze al suicidio impulsivo.

I disturbi del comportamento alimentare, potrebbero, quindi, rappresentare un tentativo di controllo, problematico e disadattivo, dei vissuti angoscianti innescati dall'abuso subito in tenera età. Gli abusi alcolici e di sostanze, potrebbero ugualmente servire come paradossale tentativo d'automedicazione di stati affettivi dolorosi ed insostenibili. (80-81)

I pazienti con disturbo del comportamento alimentare, che hanno subito un abuso sessuale nell'infanzia, presentano di frequente, in comorbidità, un disturbo di personalità, frequentemente di tipo borderline. (82)

In uno studio su 210 donne con disturbi del comportamento alimentare, l'incidenza dei disturbi di personalità è stata del 27%, con una forte prevalenza del DBP tra le pazienti con anoressia/bulimia. Inoltre, queste pazienti avevano avuto un esordio precoce del disturbo alimentare, una maggiore durata di malattia e una più alta incidenza di comorbidità con i disturbi psichici d'Asse I nel DSM III R. (83)

Questi dati suggeriscono una relazione tra disturbi alimentari e disturbi di personalità. Si potrebbe ipotizzare che un prolungato disturbo dell'alimentazione possa condurre ad un disturbo di personalità o, viceversa, che un disturbo di personalità possa facilitare l'insorgere di un disturbo alimentare, oppure, ancora più verosimilmente, che DBP e disturbo alimentare siano espressione di uno stesso spettro psicopatologico a sfondo disedonico. (84)

In questa prospettiva, alcuni studiosi sostengono che il DBP possa presentare non solo aspetti etio-patogenetici, ma anche fattori patofisiologici, in comune con i disturbi alimentari e con i disturbi d'abuso di sostanze. (85-86)

I pazienti con storia d'abuso sessuale nell'infanzia risultano essere predisposti all'abuso di droghe, ma anche di psicofarmaci. (87) L'età d'esordio dell'abuso di sostanze è più precoce nei soggetti abusati, che utilizzano spesso le sostanze come uno strumento autoterapico volto al contenimento di stati affettivi angoscianti. (88)

In quest'ottica, è evidente l'affinità esistente tra disturbi alimentari, disturbi da abuso di sostanze e patologia borderline, caratterizzata dalla comune e continua ricerca di soddisfazione ad un bisogno persistente ed insaziabile: il paziente bulimico alla ricerca di cibo, l'anoressico che insegue la negazione del bisogno, il tossicodipendente in craving per le sostanze ed il paziente borderline alla ricerca continua di un soggetto relazionale privilegiato, da idealizzare e svalutare. (89)

Un trauma severo subito nell'infanzia, come un abuso sessuale, sembra associarsi a tratti di personalità con maggiori livelli d'aggressività, solo in parte difensiva, e di distruttività auto ed eterodiretta. (90) Il trauma infantile, anche se non sempre e direttamente correlato alla genesi del DBP, si associa, in ogni caso, a livelli di maggiore gravità della patologia (91) e ad una maggiore incidenza, in comorbidità, di disturbi alimentari e da abuso di sostanze. Non è semplice stabilire un rapporto causa-effetto tra abuso sessuale infantile e successiva insorgenza di un disturbo di personalità. Pregiudizi sociali spingono spesso la vittima dell'abuso a

non farne denuncia, specialmente quando è trascorso molto tempo. Ciò spesso riduce la possibilità di valutare l'effettiva importanza della componente post-traumatica nella etio-patogenesi del DBP.

Non tutti i pazienti borderline hanno subito l'abuso nell'infanzia. Si può ipotizzare la presenza, nell'ambito dei pazienti affetti da DBP, di un sottogruppo particolare, il cui disturbo sembra essere correlato ad una grave esperienza traumatica infantile e configurabile, almeno in parte, come un quadro cronico di Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). In questo sottogruppo di pazienti borderline la sintomatologia tipica del disturbo di personalità si associa, con più frequenza, ad aspetti psicopatologici disedonici, (84, 92-98) includendo aspetti riferibili ai Disturbi dell'Alimentazione (99) o al Disturbo da Abuso di Sostanze. (100-101) Si può, perciò, ipotizzare una condizione psicopatologica indotta dal trauma da abuso sessuale, caratterizzata da una maggiore intensità e variabilità della sintomatologia presentata. Tale condizione è interpretabile come un tentativo di compensare l'angoscia ed il disagio affettivo correlato all'esperienza traumatica, ma anche come conseguenza della strutturazione cognitiva, affettiva e comportamentale conseguente all'evento traumatico. (102)

CASISTICA CLINICA

Negli ultimi cinque anni sono stati presi in carico e trattati, presso il Centro di Salute Mentale di Genzano di Roma, perché portatori di diversi disturbi psicopatologici, ventiquattro pazienti con anamnesi positiva per abuso sessuale nell'infanzia. Quindici pazienti erano di sesso femminile e nove di sesso maschile. I principali dati clinici ed anagrafici di questo campione sono sintetizzati in tabella 1. In particolare, in questo campione, risulta evidente non solo l'incidenza dei disturbi del tono dell'umore, con depressione, talora associata a sintomi psicotici, ma anche la presenza di disturbi della personalità di tipo borderline ed antisociale. Frequente risulta essere, inoltre, la presenza di disturbi da uso di sostanze ed alcol più o meno associati a disturbi del controllo degli impulsi, dell'alimentazione e dell'identità sessuale. Dal quotidiano lavoro di sostegno ai pazienti psichiatrici, talora vittime di abusi sessuali nell'infanzia, nascono le considerazioni presentate in questo breve articolo, di rielaborazione critica delle esperienze assistenziali, alla luce della letteratura psichiatrica internazionale.

TABELLA 1 - Dati anagrafici e clinici di ventiquattro pazienti psichiatriche con anamnesi positiva per abuso sessuale nell'infanzia.

Paziente	Sesso	Età in anni	Età d'esordio in anni	Durata della malattia in anni	Diagnosi psichiatrica principale DSM IV TR	Altre diagnosi psichiatriche comorbidità DSM IV - TR
1. a.f.	f	44	24	20	296.32	305.00
2. b.c.	m	23	16	7	300.82	291.89
3. a.m.f.	f	27	17	10	296.33	304.30
4. v.m.	f	32	21	11	300.4	312.34
5. f.d.	m	25	18	7	292.84	304.30
6. s.s.	f	33	20	13	300.11	312.31
7. k.s.	f	39	19	20	295.40	304.30
8. l.f.	f	40	20	20	296.33	301.83
9. g.m.	f	23	17	6	298.9	307.50
10 m.t.d.	f	22	16	6	298.81	312.30
11. m.p.	m	37	20	17	302.85	296.33
12. m.s.	m	29	18	11	296.32	301.83
13. m.c.	m	39	19	20	295.40	304.90
14 m.l.n.	f	34	21	13	298.81	301.83
15. d.t.	f	44	22	22	296.33	301.7
16. c.m.	m	33	19	14	301.83	304.90
17. v.m.	m	21	17	4	307.1	307.50
18. e.s.	f	20	16	4	307.51	296.32
19. r.f.	f	36	24	12	295.70	305.00
20 c.d.s.	f	33	21	12	292.84	301.7
21. e.m.	f	40	24	20	291.54	301.83
22. f.d.	f	41	20	21	301.83	312.31
23. a.d.l.	m	43	22	21	301.83	312.34
24. f.g.	m	24	18	6	300.14	301.83

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'infanzia violata è una piaga sociale che lascia ferite profondissime e spesso insanabili nella personalità dell'individuo. Il trauma sessuale infantile pregiudica un sano sviluppo della vita psichica del bambino. Comportamenti devianti associati a tossicomania, alcolismo, disturbi impulsivi ed aggressivi, disturbi sessuali ed alimentari spesso nascondono il dramma di violenze sessuali mai del tutto superate. Tali traumi infantili lasciano un vissuto di disperazione e di vergogna, che conduce la vittima ad isolarsi, a chiudersi in se stessa, a negare fiducia a sé ed agli altri, a sviluppare pulsioni di morte.

L'esperienza clinica conferma che alcuni parametri possono svolgere un ruolo importante, nel diverso definirsi dei fenomeni, conseguenti ad un abuso sessuale infantile.

L'età della vittima è inversamente correlata alla gravità del danno psicopatologico subito. Così, in genere, minore è l'età del bambino maggiore è l'effetto del trauma.

Le modalità dell'abuso sessuale risultano rilevanti. Diverso è l'atto sessuale compiuto con aggressività e violenza, da quello ottenuto con subdola tenerezza verso il bambino.

E' rilevante l'entità della violenza che può variare dalle semplici molestie, agli atti di libidine, ai rapporti sessuali completi.

Il clima familiare può svolgere un notevole ruolo patoplastico, in rapporto alle differenti reazioni affettive e comportamentali, espresse dai diversi componenti il nucleo familiare.

Ancora più rilevante risulta essere il tipo di parentela e/o di relazione che lega l'abusante all'abusato. Diverso è, nelle sue conseguenze psicopatologiche, ovviamente, l'abuso perpetrato tra le mura domestiche da un genitore o un fratello, rispetto a quello subito da conoscenti o estranei.

Molto importanti sono, inoltre, le reazioni comportamentali dei familiari conviventi nell'arginare o nell'aggravare i danni prodotti dal trauma in sé. Troppo spesso le figlie abusate dal padre trovano nelle madri atteggiamenti di abbandono, assenza, negazione e distacco, se non di totale e passivo asservimento alla volontà del marito incestuoso. Una madre, che finge di non vedere o di non capire, oppure che ritiene apertamente la figlia responsabile dell'accaduto, lascia la vittima senza nessuna protezione affettiva nell'ambito familiare. In altre situazioni, invece, la madre esprime il suo dolore come sofferenza continua. Ciò può indurre la vittima a proteggere la madre, mantenendo il silenzio sull'accaduto, perché si sente, ancor più, responsabile di tutto ed in colpa.

Le ricerche di Horowitz (23) sugli effetti provocati dal trauma sulla personalità hanno evidenziato alcuni meccanismi generalmente riconoscibili in diversi contesti. Le vittime di un evento traumatico reagiscono, di solito, mettendo in atto un primo diniego dell'evento stesso, una totale negazione come difesa estrema che permette la sopravvivenza all'accaduto. Le reazioni emotive successive includono: dolore, rabbia, tristezza, vergogna, sentimenti d'impotenza, senso di vuoto, talora, sensi di colpa. Il trauma è, per sua natura, un evento che supera le capacità d'adattamento immediato dell'individuo che lo subisce. Ciò richiede un appello profondo a tutte le risorse psichiche della vittima, alla messa in atto di ogni possibile difesa psichica dall'angoscia e dal dolore. In questo senso l'età della vittima risulta uno dei principali parametri da considerare. Nell'infanzia il trauma subito può produrre un arresto dello sviluppo, un blocco evolutivo della vita emotiva della vittima. Il trauma induce un turbamento pulsionale di notevole entità. In tali situazioni il bambino si trova a sperimentare emozioni che superano largamente le sue capacità d'elaborazione e contenimento. Non meraviglia che, nel bambino, vengano, perciò, attivate difese primitive, simil-psicotiche, quali la negazione, la scissione, la proiezione e, talora, l'identificazione proiettiva. In realtà, anche in età adulta, un trauma può provocare una regressione, la cui entità sarà proporzionale all'intensità del trauma, ma anche alla maturità emotiva del soggetto abusato.

All'abuso sessuale è riconosciuto, dalla letteratura psichiatrica internazionale, un ruolo patogeneticamente rilevante nell'insorgenza e nell'evoluzione di specifici quadri clinici. (103-106) La presenza di un disturbo borderline di personalità, asso-

ciato a disturbi dell'alimentazione, a disturbi da abuso di sostanze ed impulsività, con insorgenza precoce dei sintomi e loro maggiore gravità, sembra più frequente tra i soggetti abusati. Alcuni sintomi come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'ideazione paranoide o le illusioni ottiche, presenti tra i borderline abusati, si associano frequentemente ad amnesie, fughe o problemi di concentrazione, come spesso avviene nei pazienti con disturbo post-traumatico da stress. (107-108) In questo sottogruppo di pazienti borderline, come nei pazienti affetti da DPTS, l'esposizione a stimoli ambientali, che rievocano indirettamente l'evento traumatico, può riattualizzare ricordi angoscianti e stati affettivi dolorosi. In questo senso, il DBP potrebbe essere considerato parte di uno spettro psicopatologico post-traumatico, nella sua forma più cristallizzata, che si esprime in stabili tratti di personalità. (109) Alcuni sintomi si presentano solo in modo intermittente, come flashback dolorosi o come reazioni d'adattamento cognitivo, emotivo e comportamentale all'evento traumatico. Altri sintomi come l'ipervigilanza, l'instabilità emotiva, l'irritabilità, l'irascibilità, l'aggressività, l'impulsività sembrano determinare uno stato di disforia cronica con sensazioni di vuoto e solitudine, instabilità affettiva e relazionale con continue oscillazioni d'idealizzazione e svalutazione degli altri, il bisogno e il timore dei ricatti affettivi, i comportamenti autolesionistici e suicidari.

Non mancano dati neurobiologici che confermano quest'ipotesi se si considera che un evento traumatico rappresenta un'esperienza in grado di determinare intense sollecitazioni al sistema mesolimbico, funzionalmente correlato all'elaborazione degli stimoli ambientali emotivamente rilevanti, ai processi di memorizzazione emozionale e di controllo del tono affettivo e comportamentale. (110) Vari studi confermano il coinvolgimento dell'amigdala nel processo di memorizzazione e di consolidamento del ricordo traumatico nella memoria emotiva, ma anche nel richiamo dell'esperienza traumatica, sotto forma di flashback ed incubi, in una condizione di perenne pre-allarme. (10-11, 111-114)

In quest'ambito, le osservazioni neurobiologiche e quelle psicodinamiche sembrano intrecciarsi sinergicamente nel fornire, pur nella diversità d'approccio e linguaggio, interpretazioni patogenetiche, non solo interessanti ed utili, ma sorprendentemente tra loro compatibili. Una tale sinergia è stata tra l'altro ripetutamente indicata nell'approccio terapeutico al disturbo borderline, soprattutto nella sottopopolazione con abuso sessuale nell'infanzia. Un trattamento integrato e multimodale del DBP conseguente ad abuso sessuale infantile, con un approccio non solo farmacologico, ma anche psicoterapeutico, sembra offrire, infatti, i risultati clinici migliori. (93-94; 115-116) In Letteratura esistono numerosi studi che convalidano persuasivamente l'efficacia del trattamento combinato. (94-97) Tuttavia, nonostante la fondamentale compatibilità tra neurobiologia e psicodinamica, mancano ancora solidi ponti concettuali tra i due approcci e la pratica è ancora sostanzialmente empirica. Come in ogni branca della pratica medica e della psichiatria, il principio guida deve essere quello di aiutare il paziente, piuttosto che quello di restare fedeli a proprie impostazioni teoretiche o, più banalmente, didattico-formative. In una prospettiva scientifica più ampia, infatti, le polarizzazioni teoriche tra psicoterapia e farmacoterapia non fanno che sottintendere la sostanziale unicità ed unitarietà della vita psichica. Gli alchimisti medievali scrivevano nell'*ouroboros*,

il serpente alchemico che si morde la coda: "En to pan". Anche nel rapporto tra psiche e soma o tra mente e sistema nervoso si potrebbe sostenere che: "Tutto è uno".

BIBLIOGRAFIA

1. Manna V, Daniele M T, Pinto M. Fattori eziopatogenetici del disturbo borderline di personalità. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2004, 10, 102-122.
2. Meehl P E. Specific etiology and other forms of strong influence: some quantitative meanings. *J. Medical Philosophy* 1977; 2: 33-53.
3. Boddy J. *Brain systems and psychological concepts*. New York: Wiley 1978.
4. Zubin J. Chronic schizophrenia from the standpoint of vulnerability. In: Baxter C F, Melnechuk T, eds. *Perspectives in schizophrenia research*. New York: Raven Press 1980.
5. Raine A. Evoked potentials and psychopathology. *Int. J. Psychophysiol.* 1989; 8: 1-16.
6. Raine A, Venables P H. Enhanced P-3 evoked potentials and longer P-3 recovery time in psychopaths. *Psychophysiology* 1988; 25: 30-38.
7. Hegerl U. Sensation-seeking and auditory evoked potentials. *Biol. Psychiatry* 1989; 25: 179-190.
8. Alkon D L. Memory storage and neural systems. *Scientific American*; 1989, July, 42-50.
9. McGaugh J L. Involvement of the amygdala in hormonal and neurotransmitter interactions in the modulation of memory storage. In: Aroier T, Nilsson L G, eds. *Aversion, avoidance and anxiety*. Hillsdale: Erlbaum 1989.
10. Holsboer F. Psychiatric implications of altered limbic hypothalamic-pituitary-adrenocortical activity. *European Archives of Psychiatric and Neurological Sciences* 1989; 238: 302-322.
11. Mishkin M, Malamut B, Bachevalier J. Memories and habits: two neural systems. In: Lynch J, McGaugh J, Weinberger N M, eds. *Neurobiology of Learning and Memory*. New York: Guilford 1984.
12. Van der Kolk B A, Perry J C, Herman J L: Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148, 1665-1671.
13. Boudewyn A C, Liem J H. Psychological, interpersonal, and behavior correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. *Psychology Reports*, 1995, 77 (3, part 2), 1283-1297.
14. Links P S, Munroe Blum H. Family environment and borderline personality disorder: development of etiologic models. In: Links P S, ed. *Family environment and borderline personality disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Press 1990.
15. Hill A B. The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1965; 58: 295-300.
16. Huesman L R. An information processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior* 1988; 14: 13-24.
17. Van Der Kolk B A. The compulsion to repeat the trauma: attachment, reenactment, and masochism. *Psychiatric Clinic of North America* 1989; 12: 389-411.
18. Laplace J, Pontalis J B. *Enciclopedia della psiconalisi*. Bari: Laterza 1973.
19. Kraepelin E. *Psichiatrie: ein Lehrbuch*. 2nd ed. Abel, Leipzig, 1887.
20. Bleuler E: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Verlag von Franz Deulicke, Leipzig, 1911.
21. Jaspers K. *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1964.
22. Schneider K. *Psicopatologia clinica*. Roma: Città Nuova 1983.
23. Horowitz M J. Stress response sindromes. In: Gabbard G. *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1992.

24. American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV)*. Tr. It. Milano: Masson 1996.
25. Biondi M. Disturbi d'adattamento e disturbo post-traumatico da stress. In: Cassano G B, Pancheri P, eds. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson 1994.
26. Freud S. Meccanismo dei fenomeni isterici. In: *Opere*, vol. II. Torino: Bollati Boringhieri 1968
27. Freud S. Lettere a Wilhelm Fliess. Torino: Bollati Boringhieri 1986.
28. Freud S. Introduzione alla psicoanalisi. In: *Opere*, vol. VIII, Torino: Bollati Boringhieri 1976.
29. Freud S. Al di là del principio di piacere. In: *Opere*, vol. IX, Torino: Bollati Boringhieri 1977.
30. Freud S. Inibizione, sintomo e angoscia. In: *Opere*, vol. X, Torino: Bollati Boringhieri 1978.
31. Freud S. *Compendio di psicoanalisi (1938)*. In: *Opere*, vol. XI, Torino: Bollati Boringhieri 1979.
32. Bellodi L, Battaglia M, Migone P: Disturbo borderline. In Pancheri P, Cassano G B et al. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano, 1992, vol. 2, cap. 61, pp. 2002-2010 (Seconda Edizione: 1999, vol. 2, cap. 61, pp. 2365-2375).
33. Masson J M. *Assalto alla verità. La rinuncia di Freud alla teoria della seduzione*. Milano: Mondadori 1984.
34. Bowlby J. *Attaccamento e perdita, vol. II: La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri 1975.
35. Bowlby J. *Una base sicura. Applicazione cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1989.
36. Person E S, Klar H. Il trauma tra memorie e fantasie. In: Ammaniti M, Stern D N, eds. *Fantasia e realtà nelle relazioni interpersonali*. Bari: Laterza 1995.
37. Sandler J. *La ricerca in psicoanalisi vol. 2: verso un nuovo modello concettuale*. Torino: Bollati Boringhieri 1981.
38. Semi A. *Psiconevrosi e trauma*. In: Semi A, ed. *Trattato di psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1989.
39. Gunderson JG: *Borderline personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1984.
40. Adler H. Recall and repetition of a severe childhood trauma. *International Journal of Psychoanalysis* 1995; 76: 927-943.
41. Bryer J B, Nelson B, Miller J, Krol P. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 1426-1430.
42. Clarkin J, Kernberg O. Fattori evolutivi nel disturbo borderline di personalità e nell'organizzazione borderline di personalità. In: Paris J, ed. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1995.
43. Shearer S L, Peters C P, Quaytman M S, Ogden R L. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147: 214-216.
44. Silk K R, Lee S, Hill H, Lohr N. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1059-1064.
45. Stone M H. *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*. New York: Guilford 1990.
46. Zanarini M C. Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30: 18-25.
47. Russell D. *The Secret Trauma*. New York: Basic Books 1986.
48. Goodwin J. *Sexual Abuse: incest victims and their families*. Littleton: PSG Publishing 1982.
49. Cahill T. *Buried Dreams*. Bantam: New York 1986.
50. Stone M H. Incest in female borderlines: its frequency and impact. *International Journal of Family Psychiatry* 1988; 9: 277-293.
51. Beck J C, Van Der Kolk B. Reports of childhood incest and current behaviour of chronically

- hospitalized psychotic women. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 1474-1476.
52. Briere J, Zaidi L Y. Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 1602-1606.
 53. Bryer J B. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 1426-1430.
 54. Carmen E H, Rieker P P, Mills T. Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 378-383.
 55. Craine L S. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 300-304.
 56. Herman J L. Histories of violence in an outpatient population: an exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry* 1986; 5: 137-141.
 57. Jacobson A. Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 755-758.
 58. Jacobson A, Koehler J E, Jones-Brown C. The failure of routine assessment to detect histories of assault experienced by psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38: 386-389.
 59. Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 239-241.
 60. Surrey J. Reported history of physical and sexual abuse and severity of symptomatology in women psychiatric outpatients. *American Journal of Orthopsychiatry* 1990; 60: 412-417.
 61. Winfield I. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147: 335-341
 62. Ogata S N. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147: 1008-1013.
 63. Goodwin J M, Cheeves K, Connell V. Borderline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. *Psychiatrics Annals* 1990; 20: 22-32.
 64. Connors M E, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders* 1993; 13: 1-11.
 65. Rohsenow D, Corbett R, Devine D. Molested as children: a hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment* 1988; 5: 13-18.
 66. Fullerton D, Wonderlich S, Gosnell B. Clinical characteristic of eating disorder patients who report sexual or physical abuse. *International Journal of Eating Disorders* 1995; 17: 243-249.
 67. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159: 664-671.
 68. Everill J, Waller G. Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders* 1995; 18: 1-11.
 69. Welch S L, Fairburn C. Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 402-407.
 70. Welch S, Fairburn C. 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* 1996; 169: 451-458.
 71. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1122-1126.
 72. Bulik C M. Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 1604-1606.
 73. Higuchi S, Suzuki K, Yamada K, Parrish K, Kono H. Alcoholics with eating disorders: prevalence and clinical course, a study from Japan. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 403-406.

74. Mitchell J E, Hatsukami D, Pyle R, Eckert E, Soll E. Late onset bulimia. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 323-328.
75. Bushnell J A, Wells J E, Oakley-Browne M A. Impulsivity in disordered eating, affective disorder and substance use disorder. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 329-333.
76. American Psychoanalytic Association. *The reconstruction of trauma. Its significance in clinical work.* Madison Connecticut: International Universities Press 1986.
77. Perry C J, Cooper S H. A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1986; 34: 863-893.
78. Perry C J, Herman J (1993). I traumi e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità. In: Paris J, ed. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento.* Milano: Raffaello Cortina Editore 1995.
79. Lacey J H, Evans D H. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction* 1986; 81: 641-649.
80. Manara F, Caruso R, Caprioli C, Consolati M. Sintomatologia e personalità nei disturbi del comportamento alimentare: ruolo dell'abuso sessuale. *Medicina Psicosomatica* 1996; 41: 157-170.
81. Matsunaga H, Kaye W H, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R: Personality disorders among subjects recovered for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2000, 27, 353-357.
82. McClelland L, Mynors-Wallis L, Fahy T, Treasure J. Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158 (Suppl.10): 63-68.
83. Herzog D, Keller M, Lavori P, Kenny G, Sacks N. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992; 53: 147-152.
84. Manna V, Daniele M T, Pinto M. Disedonia. Ruolo della disregolazione omeostatica edonica nelle dipendenze patologiche da sostanze ed in altri disturbi psico-patologici. *Giornale Italiano Psicopatologia* 2003; 1 (9), 71-92.
85. Waller G. Sexual abuse and eating disorders. Borderline personality disorders as a mediating factor? *British Journal of Psychiatry* 1993; 162: 771-775.
86. Waller G, Halek C, Crisp A H. Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa: evidence from two separate case series. *Journal of Psychosomatic Research* 1993; 37: 873-879.
87. Moncrieff J, Drummond C, Candy B, Checinski K, Farmer R. Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 355-360.
88. Harrison P A, Fulkerson J A, Beebe T J. Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect* 1997; 21: 529-539.
89. Adler G, Buie D. Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child developmental issues. *International Journal of Psycho-analysis and Psychotherapy* 1979; 60: 83-96.
90. Rossi R, Fele P. La regressione del disturbo del comportamento alimentare. Un ponte tra biologia e psicoanalisi. In: Angelini G, Bogetto F, Ravizza L, eds. *Il disturbo ossessivo compulsivo e i disturbi alimentari psicogeni.* Torino: Libreria Cortina 1995.
91. Berti A, Ghio L. Abuso sessuale e disturbo borderline di personalità. *Giornale Italiano Psicopatologia* 1997; 2: 1-5.
92. Manna V: La comorbilità psichiatrica dell'abuso di sostanze. In: Nizzoli U, Pissacroia G (eds) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze.* Piccin, Padova, 2004, 1313 -1330.
93. Manna V, Mescia G, Ferrone M C, Giordano M A. Ouroboros, il serpente alchemico. Verso l'integrazione tra psicoterapia e farmacoterapia nel trattamento dei disturbi mentali correlati all'abuso di sostanze. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 1998; 2: 209-217.
94. Manna V, Ruggiero S. Dipendenze patologiche da sostanze: comorbilità psichiatrica o continuum psicopatologico? *Rivista di Psichiatria* 2001; 36 (1): 1-14.

95. Manna V. Dipendenze patologiche da sostanze e depressione: verso il trattamento integrato multi-modale. *Minerva Psichiatrica* 2002; 43,1: 29-35.
96. Manna V, Daniele M T, Pinto M. Psicosi e dipendenze patologiche da sostanze: verso il trattamento integrato multimodale. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2002; 8 (1): 36-58.
97. Manna V, Ferrone M C. Alcol-dipendenza, abuso di sostanze e craving: considerazioni cliniche e proposta di un trattamento integrato multimodale. *Bollettino Italiano delle Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2001; 1: 50-61.
98. Manna V. Comorbidità psichiatrica delle farmaco-tossicodipendenze. *Medicina delle Tossicodipendenze. Organo Ufficiale della Società Italiana Tossicodipendenze* 2002; 26-27: 66-76.
99. Rorty M, Yager J. Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America* 1996; 19: 773-791.
100. Hopper E. A psychoanalytic theory of drug addiction. *International Journal of Psycho-Analysis* 1995; 76: 1121-1142.
101. Holderness C C, Brooks-Gunn J, Warren M P. Comorbidity of eating disorders and substance abuse: review of literature. *International Journal of Eating Disorders* 1994; 16: 1-34.
102. Grinberg L. Affetti dolorosi nei pazienti borderline, il loro approccio tecnico. In: Giberti F, Conforto C, ed. *Il giudice Schreber e altre storie*. Padova: Piccin 1989.
103. Cotugno A, Benedetto A M. Il paziente borderline. *Introduzione clinica alla "patologia marginale"*. Milano: Franco Angeli 1995.
104. Maffei C, ed. *Il disturbo borderline di personalità. Prospettive sulla diagnosi*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.
105. Paris J, Nowlis D, Brown R. Development factors in the outcome of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1988; 29:147-150.
106. Pope H G, Hudson J I. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 455-463.
107. Shearer S L. Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1324-1328.
108. Wolfe D A, Sas L, Wekerle C. Factors associated with the development of post-traumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1994; 18: 37-50.
109. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 10-20.
110. Coccaro E. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behaviour. In: Paris J, Frank H, eds. *Op. cit.* Steiner M, Links P S, Korzekwa M. Biological markers in borderline personality disorders: an overview. *Canadian Journal of Psychiatry* 1988; 33: 305-354.
111. Zarr M L. Psychobiology of the borderline disorders - a heuristic approach. *Psychiatric Quarterly* 1984; 56: 215-228.
112. Lahmeyer H W. Biologic markers in borderline personality disorder: a review. *Journal of Clinical Psychiatry* 1989; 50: 217-225.
113. Bellak L P, Ed. *Psychiatric aspects of minimal brain dysfunction in adults*. New York: Grune & Stratton 1979.
114. Goodman R. Neuronal misconnections and psychiatric disorder: is there a link? *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 292-299.
115. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford 1993.
116. Linehan M. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford 1993.