



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e
Biotecnologie

Autolesionismo e comportamenti additivi

Giuseppe Zanda

Master post laurea “Dipendenze patologiche (Addictologia)”

Pisa, 25 febbraio 2009

Schema della lezione

- ❑ Inquadramento generale dei comportamenti autolesivi (autolesionismo).
- ❑ Revisione sintetica della letteratura scientifica sull'autolesionismo.
- ❑ Due casi clinici: aspetti dimensionali dell'autolesionismo impulsivo.
- ❑ Comportamenti autolesivi impulsivi e comportamenti additivi in adolescenza: una lettura biopsicosociale.
- ❑ L'autolesionismo: sintomo o sindrome?

Inquadramento generale dei comportamenti autolesivi

Si definisce **comportamento autolesivo** (*self-injury, self-harm, self-mutilation*) ogni comportamento consistente nel procurare deliberatamente un danno fisico diretto al proprio corpo senza l'intenzione di morire in conseguenza di tale comportamento.

Simeon, 2006

Nel **DSM-IV-TR** (APA, 2000) il comportamento autolesivo viene preso in considerazione poche volte.

Lo si ritrova come sintomo solo in alcune categorie diagnostiche:

- **nella tricotillomania e nei disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti specificati (Asse I),**
- **nel disturbo borderline di personalità (Asse II),**
- **nel disturbo da movimenti stereotipati con comportamento autolesivo (disturbi dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza).**

Classificazione clinico-descrittiva dei comportamenti autolesivi

1. Comportamento autolesivo stereotipato
2. Comportamento autolesivo maggiore
3. Comportamento autolesivo compulsivo
4. **Comportamento autolesivo impulsivo** (automutilante)

Simeon e Favazza, 2001

1) Comportamento autolesivo stereotipato

Consiste in atti notevolmente ripetitivi, monotoni, fissi, spesso ritmici, apparentemente intenzionati e di solito senza contenuto (cioè, privi di pensiero, affetto e significato).

Le lesioni tissutali autoinflitte possono variare ampiamente da lievi a gravi fino, in taluni casi, a mettere a rischio la vita.

Questo tipo di comportamento è frequentemente associato a **ritardo mentale**, **autismo**, e a sindromi tipo **Lesch-Nyhan** (cromosoma X), **Cornelia de Lange** (cromosoma 3) e **Prader-Willi** (cromosoma 15).

Si stima che nei soggetti con ritardo mentale sia comunemente presente con percentuali che vanno dal 3% al 46%.

2) Comportamento autolesivo maggiore

Si tratta di forme di autolesionismo drammatiche, che spesso mettono in pericolo la vita: distruzione di tessuto corporeo di notevole entità e spesso irreversibile, come la castrazione, l'enucleazione dell'occhio e l'amputazione delle estremità.

Nella maggior parte dei casi questo tipo di comportamento è associato a **stati psicotici** come la schizofrenia, ma anche a **intossicazioni, patologie neurologiche, disturbo bipolare, gravi disturbi di personalità e transessualismo.**

In questi casi si riscontrano comunemente idee di peccato, tentazione sessuale, punizione e salvezza. Sono frequenti deliri di tipo religioso.



Vincent Van Gogh

Autoritratto (1888)

3) Comportamento autolesivo compulsivo

Comprende comportamenti ripetitivi, spesso ritualistici, che si presentano tipicamente molte volte al giorno, come: la **tricotillomania**, l'**onicofagia**, il **pizzicarsi** o **graffiarsi la pelle**.

Tra questi l'unico comportamento ad essere stato estesamente studiato dal punto di vista psichiatrico è la **tricotillomania**.

4) Comportamento autolesivo impulsivo (automutilazione). 1

Vi sono vari modi con cui gli autolesionisti si procurano le ferite, che non si escludono a vicenda, anche se un certo numero di autolesionisti tende a ferirsi in un solo modo.

I comportamenti di questo tipo più comuni sono **tagliarsi** ("cutters") o **bruciarsi** ("burners") la **pelle e colpirsi**.

Altre modalità, meno frequenti, di autoferimento sono: interferire sulla guarigione di ferite, grattarsi, raschiarsi o scavarsi la pelle fino a sanguinare, mordersi, inserirsi oggetti sotto la pelle e sotto le unghie, tatuarsi da soli, etc.

Sono considerati come atti di **aggressività impulsiva**, non dissimili dai tentati suicidi impulsivi, nei quali l'aggressività è indirizzata contro di sé.

4) Comportamento autolesivo impulsivo (automutilazione). 2

In molti casi l'esecuzione di questi comportamenti procura un sollievo, immediato ma di breve durata, da certi stati intollerabili, che serve, anche se in modo patologico, come sostegno vitale.



Si tratta di comportamenti altamente complessi per quanto riguarda ciò che li determina, li motiva e li precipita e necessitano di essere profondamente capiti a livello individuale sia sul piano descrittivo che motivazionale affinché il trattamento abbia la massima efficacia.



Rapporto tra comportamento autolesivo impulsivo e comportamento autolesivo compulsivo. 1

Non è sempre facile distinguere tra autolesionismo impulsivo e autolesionismo compulsivo.

A volte i comportamenti autolesivi impulsivi sono così abituali e ripetitivi che si presentano tutti i giorni senza importanti fattori precipitanti, diventando in un certo senso "compulsioni" (*addiction*).

È stato visto che i pazienti con comportamenti autolesivi impulsivi che hanno **tratti ossessivi** presentano con maggiore probabilità un autolesionismo ripetitivo.

Rapporto tra comportamento autolesivo impulsivo e comportamento autolesivo compulsivo. 2

Quindi una concettualizzazione più accurata dell'autolesionismo impulsivo dovrebbe comprendere alcuni **tratti ossessivo-compulsivi**, così come nell'autolesionismo compulsivo potrebbero essere compresi alcuni **tratti impulsivi**.

Sia i tratti ossessivo-compulsivi che i tratti impulsivi facilitano il perpetuarsi dei comportamenti autolesivi attraverso la difficoltà di controllare gli impulsi e la tendenza a ripeterli.

Autolesionismo impulsivo. Dati epidemiologici

Nella popolazione generale è stato calcolato indirettamente un **tasso annuale** di autolesionismo impulsivo di almeno 1 su 1000.

É più comune nel **sexso femminile** ed inizia tipicamente nell'adolescenza o all'inizio dell'età adulta, ma è stato descritto anche nell'età della latenza e in età prescolare.

Disturbi associati all'autolesionismo impulsivo. 1

- Disturbo borderline di personalità
- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo da stress post-traumatico
- Disturbi dissociativi
- Disturbi dell'alimentazione

Disturbi associati all'autolesionismo impulsivo. 2

Anche se il **disturbo borderline di personalità** è il disturbo associato che viene più frequentemente in mente al clinico è importante sottolineare che anche le diagnosi di

- **abuso di sostanze,**
- **disturbo post-traumatico da stress,**
- **disturbo esplosivo intermittente**

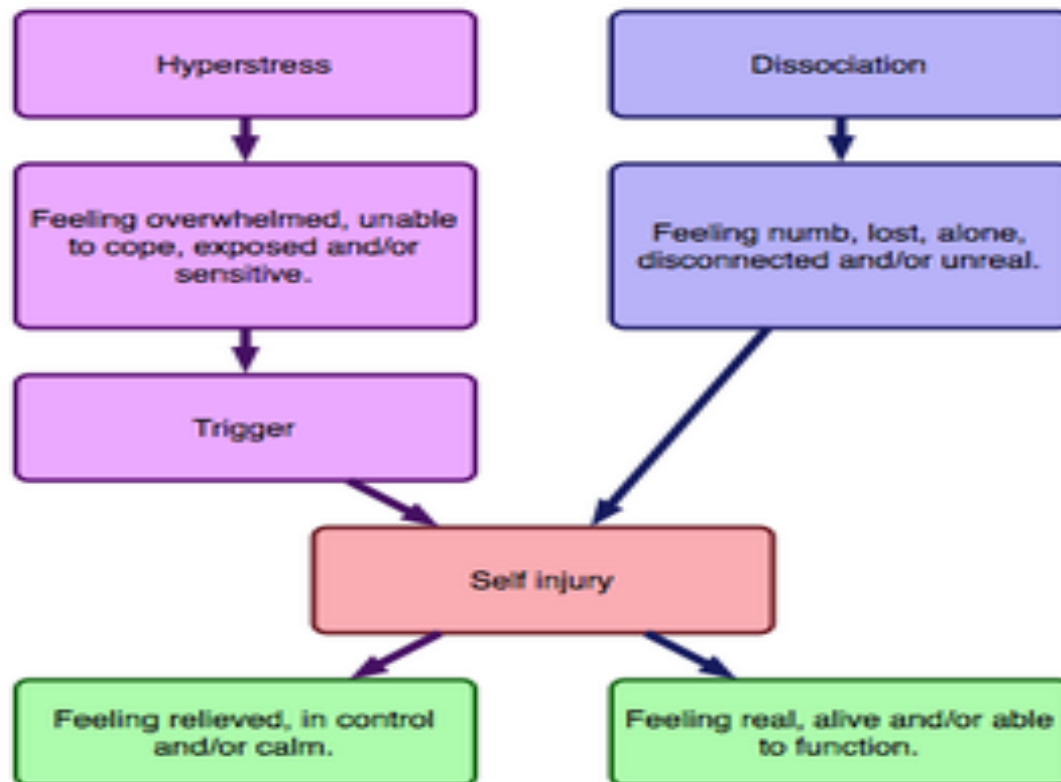
sono state significativamente correlate all'automutilazione indipendentemente dalla presenza di un disturbo borderline o antisociale di personalità.

Descrizione del comportamento autolesivo impulsivo

Sono stati individuati **5 stadi**:

1. evento precipitante (una perdita reale o percepita, un rifiuto, o un abbandono),
2. escalation di affetti intollerabili di vario tipo,
3. tentativi falliti di prevenire l'atto autolesivo,
4. esecuzione dell'atto,
5. sollievo emozionale di breve durata.

Precursors to Self Injury



Source: LifeSIGNS <http://www.selfharm.org/what/precursors.html>

Stati soggettivi e motivazioni associati all'origine all'autolesionismo

- liberazione da una tensione montante insopportabile,
- scarica della rabbia diretta a parti odiate di sè,
- autopunizione,
- elevarsi dalla dissociazione e sentirsi più vivi,
- riacquisto del senso di controllo e di onnipotenza,
- calmarsi,
- riconfermare i confini di sè,
- comunicare con gli altri o controllare gli altri,
- sperimentare eccitamento o euforia sessuale,
- alleviare sensazioni intollerabili di solitudine, alienazione, impotenza o disperazione,
- combattere altri affetti o pensieri disperati,
- esprimere stati dissociativi conflittuali.

Rapporto tra comportamenti autolesivi impulsivi e tentativi di suicidio

É importante valutare il rapporto tra comportamenti autolesivi impulsivi e tentativi di suicidio.

É evidente che si tratta di due condizioni completamente diverse, malgrado possano comparire entrambe in certi tipi di pazienti.

L'incidenza della ideazione suicida durante l'automutilazione varia dal 28% al 41%: questo, tuttavia, non implica un intento suicidario, bensì indica la presenza di stati affettivi intollerabili.

Tuttavia, anche in un soggetto con precedenti di abituale automutilazione la seria intenzione di suicidio, quando presente, non va sottovalutata.

Rapporto tra comportamenti autolesivi impulsivi e traumi infantili. 1

In un ampio studio di "automutilatrici abituali" è stata riscontrata una storia di **abusi infantili** nel 62% dei casi (nel 29% abuso sessuale e abuso fisico, nel 17% solo abuso sessuale, nel 16% solo abuso fisico).

Anche la **durata e la frequenza di abusi incestuosi** sono risultati come precedenti della presenza di comportamenti di automutilazione.

Uguale importanza rivestono la **perdita** (morte o separazione) di un genitore in età giovanile e **l'essere stati trascurati** dai genitori.

Rapporto tra comportamenti autolesivi impulsivi e traumi infantili. 2

Da parte dei pazienti è stato riportato che anche l'esperienza di un'**umentata dissociazione** può essere all'origine di un comportamento autolesivo.

É stato messo in evidenza il legame tra dissociazione, abuso infantile e comportamenti autolesivi.

Altri traumi infantili, non sempre tenuti presenti nell'analisi di comportamenti autolesivi, sono costituiti da **precoci traumi fisici, mutilazioni o interventi chirurgici invasivi.**

Neurobiologia dei comportamenti autolesivi impulsivi. 1

Gran parte dei dati disponibili sui processi neurobiologici che possono sottostare al comportamento autolesivo impulsivo sono stati estrapolati da studi su quadri clinici correlati, quali **l'aggressività impulsiva o il suicidio.**

I sistemi neurochimici più comunemente implicati sono il **sistema serotonergico e il sistema degli oppioidi endogeni.**

L'associazione tra una **ridotta funzione serotonergica** e una storia di suicidio o di comportamenti impulsivo-aggressivi non si applica in tutti i casi di automutilazione.

Neurobiologia dei comportamenti autolesivi impulsivi. 2

Una comune caratteristica dei comportamenti autolesivi impulsivi è la **totale o parziale anestesia** riportata prima e durante l'atto.

Il **sistema oppioide endogeno** è ampiamente implicato nella percezione del dolore e nell'analgesia indotta dallo stress.

L'elevata soglia al dolore dei pazienti con disturbo borderline di personalità automutilanti analgesici sembra essere tratto-dipendente, poichè è stata dimostrata sperimentalmente anche negli stati di calma; sotto stress la soglia al dolore può elevarsi ulteriormente.

Farmacoterapia dei comportamenti autolesivi impulsivi

Classe di farmaci	Autore/i	Farmaco
SSRI	Markovitz et al., 1991	<i>fluoxetina</i>
	Markovitz e Wagner, 1995	<i>venlafaxina</i>
	Markovitz, 1995	<i>sertralina</i>
Stabilizzatori dell'umore	Cowdry e Gardner, 1988	<i>carbamazepina</i>
	Frankeburg e Zanarini, 2002	<i>valproato</i>
	Hollander et al., 2001	
	Stein et al., 1995	
	Pinto e Akiskal, 1998	<i>lamotrigina</i>
	Chengappa et al., 1999	<i>topiramato</i>
	Cassano et al., 2001	
Antipsicotici atipici	Hilger et al., 2003	<i>quetiapina</i>
	Garnis-Jones et al., 2000	<i>olanzapina</i>
	Hough, 2001	
Antagonisti degli oppiacei	Roth et al., 1996	<i>naltrexone</i>
	Bohus et al., 1999	

Psicoterapia dei comportamenti autolesivi impulsivi

Sono state utilizzati i due tipi di psicoterapia citati nelle **linee-guida del trattamento del disturbo borderline di personalità dell'APA (2001)**, nelle quali, tuttavia, i comportamenti autolesivi non vengono menzionati:

- terapia comportamentale dialettica
- psicoterapia psicodinamica.

Revisione sintetica della letteratura scientifica sull'autolesionismo

Revisione della letteratura. 1

Dalla seconda metà del XIX secolo nella letteratura scientifica vengono riportate forme molto particolari di automutilazione (enucleazione dei globi oculari, castrazione) **in individui gravemente psicotici** generalmente in risposta a deliri o allucinazioni di tipo religioso.

L'automutilazione viene per lungo tempo considerata come un **sintomo di varie malattie mentali.**

Fino agli anni '80 del secolo scorso vengono pubblicati articoli sul trattamento dell'automutilazione (stereotipata, ripetitiva) in **soggetti con grave ritardo mentale**, autistici o con altre disabilità dello sviluppo.

Revisione della letteratura. 2

Nel 1934 lo psichiatra psicoanalista **Karl Menninger** scrive:

«In tutti i casi, tuttavia, l'automutilazione, pur essendo apparentemente una forma attenuata di suicidio, è in realtà una **formazione di compromesso** per sviare l'annichilimento totale, cioè il suicidio.

In questo senso rappresenta la vittoria, talvolta una vittoria di Pirro, dell'istinto di vita sull'istinto di morte.»

Revisione della letteratura. 3

Nel 1979 l'inglese **Morgan** descrive una "**sindrome di autolesionismo delicato**", comprendente, oltre l'automutilazione, anche l'overdose di farmaci ed i tentativi di suicidio.

Negli anni '80 del secolo scorso l'autolesionismo riceve opposte interpretazioni:

- da alcuni viene considerato come un **parasuicidio**, corrispondente ad un reale intento suicidario,
- da altri viene ridotto ad un semplice "taglio dei polsi" o ad un "autoferimento delicato" (Pao, 1969).

Revisione della letteratura. 4

Nel 1983 Pattison e Kahan propongono il modello della "sindrome di autolesionismo deliberato", con le seguenti caratteristiche:

- esordio nella tarda adolescenza,
- numerosi episodi di autolesionismo,
- diversi tipi di autolesionismo,
- bassa letalità,
- durata pluriennale del comportamento,
- presenza di quattro principali sintomi mentali (disperazione, ansia, rabbia, restringimento cognitivo),
- presenza di fattori predisponenti, quali: mancanza di supporto sociale, omosessualità (nei maschi), abuso di droghe e alcol e ideazione suicidaria (nelle donne),
- associazione di depressione e psicosi.

Revisione della letteratura. 5

Nel 1986 **Lacey e Evans** mettono in evidenza la correlazione tra comportamenti autolesivi e altri disturbi additivi di tipo impulsivo e propongono il termine di "**Disturbo multiimpulsivo (di personalità)**" per quella condizione caratterizzata da sintomi intercambiabili, quali il binge-eating, l'abuso di sostanze, la cleptomania e l'autolesionismo.

Revisione della letteratura. 6

Nel 1987 Favazza sostiene che l'autolesionismo deve essere **nettamente distinto dal suicidio** e afferma:

«Un fatto è molto chiaro: che la persona che tenta veramente di suicidarsi cerca di porre fine a tutti i sentimenti, mentre l'autolesionista cerca di sentirsi meglio».

Nello stesso tempo Favazza sottolinea che gli **autolesionisti ripetitivi sono ad alto rischio di suicidio**, spesso per overdose, a causa dello scoramento legato al fatto di non riuscire a controllare i propri gesti autolesivi.

Due casi clinici: aspetti dimensionali dell' autolesionismo impulsivo

		Caso 1 - ♂ / 23 anni	Caso 2 - ♀ / 43 anni
Storia clinica (sintomi principali)		Tagli alle braccia e alle gambe con una canna. Lipotimie autoindotte da iperventilazione. Abuso di alcol nel weekend.	Abuso eroina, THC, cocaina pregressi. Abuso di alcol attuale. Disturbi bulimici. >2 TS (farmaci).
Diagnosi		Disturbo dissociativo di personalità.	Disturbo multimpulsivo di personalità. Disturbo bipolare.
Tratta- mento	setting	Studio privato.	CT per TD con comorbidità psichiatrica (6 mesi).
	farmaci	SSRI.	SSRI, BDZ.
	psicoterapia	Psicoterapia psicodinamica.	Trattamento psicosociale in CT.
Esito		Recupero dell'equilibrio psico-emotivo (follow-up a 24 mesi).	Suicidio (overdose) qualche mese dopo l'uscita dalla CT.

Caso 1: BPD o Disturbo dissociativo di personalità?

Disturbo dissociativo di personalità

Corrisponde grosso modo al Disturbo dissociativo dell'identità (Disturbo da personalità multipla), che nel DSM è inserito tra i Disturbi dissociativi.

Principali caratteristiche:

- Esperienze traumatiche infantili.
- Disposizione a compiacere le figure autorevoli, inclusi i terapeuti.
- Si riscontra sia nell'area nevrotica sia in quella borderline e può implicare reazioni dissociative temporanee con caratteristiche psicotiche.

Caso 2: BPD o Sindrome multimpulsiva?

Sindrome multimpulsiva (di personalità) o Bulimia multimpulsiva (Lacey & Evans, 1986)

La sua caratteristica principale consiste nell'incapacità di controllare comportamenti impulsivi in vari ambiti:

- Alimentazione (per esempio, bulimia nervosa con comportamenti di eliminazione).
- Abuso di alcol o droghe.
- Tentativi di suicidio.
- Altre forme di autolesionismo.
- Promiscuità sessuale.
- Furti nei negozi.

Comportamenti autolesivi impulsivi e
comportamenti additivi in adolescenza: una
lettura biopsicosociale

Gli adolescenti, che vivono in condizioni di malessere, sono in un certo senso "inquilini" di se stessi e, non potendo appropriarsi del loro proprio corpo, tentano di assumerne il controllo trattandolo con **sadismo** o sottoponendolo alla produzione di **passaggi all'atto**.

Certi adolescenti in difficoltà pongono in atto comportamenti di autoaggressione intensi e reiterati.

In certi casi le **lesioni fisiche** somigliano alle sevizie di cui sono vittime i bambini picchiati e si fa fatica a credere che i soggetti se le siano prodotte da soli: ecchimosi sulla fronte e sulle membra, gonfiori delle dita, bruciate di sigarette, escoriazioni procurate col rasoio...

Facendo ricorso all'agire l'adolescente crede di esercitare un **controllo** sulle proprie emozioni.

"Farmi del male mi da' sollievo..."

Dopo essersi espresso con tanta violenza il soggetto conosce generalmente un momento di calma, in gran parte legata al **rilassamento delle tensioni**, che segue ad una fortissima scarica pulsionale.

Tutti passaggi all'atto impulsivi inducono questo **effetto autocalmante**, perchè la rabbia interiore ha potuto trovare uno sfogo.

Nel caso delle lesioni rivolte contro di sè il **dolore morale**, impossibile da esprimere a parole, è interamente trasformato, letteralmente, nel **dolore fisico** avvertito.

Nelle ragazze i tagli superficiali della pelle rappresentano un attacco rivolto all'involucro, la pelle, la cui effrazione permette di rendere visibile, almeno a se stesse, una ferita posta ad un altro livello. Il sangue che scorre materializza la sofferenza psichica provata, essendo anche il testimone mestruale di una femminilità rifiutata dall'interessata.

Al di là delle conseguenze fisiche che tali passaggi all'atto possono comportare, il problema è che il **solievo provato "dopo la crisi" è di breve durata.**

Alla calma fugace segue l'emergere di nuove prove di dipendenza, spesso accompagnate da un senso di colpa, che indica che niente è risolto.

Per fuggire questa realtà, **il soggetto è portato a ripetere le sue violenze**, anzi ad amplificarle o a chiudersi in una logica infernale fatta di azioni di ogni tipo.

Certi adolescenti finiscono per ricercare, in ogni circostanza, soltanto gli effetti calmanti che seguono i loro atti, diventando, in certo qual modo, **dipendenti dai loro comportamenti**, allo stesso titolo di coloro che mettono in atto comportamenti di dipendenza da cibo o da droga.

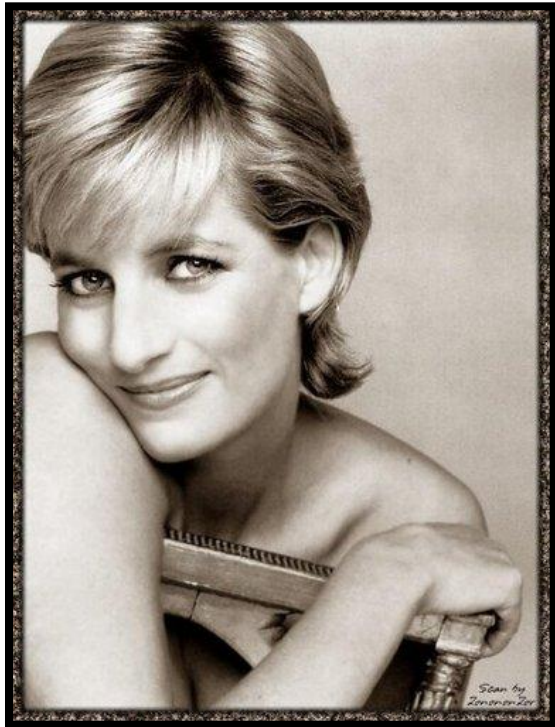
La sottocultura emo

The teenage sub-culture **emo**, short for emotional hardcore, is associated with **self-harm** and originates from the alternative music scene.

"I'm cool because I have scars on my arm".



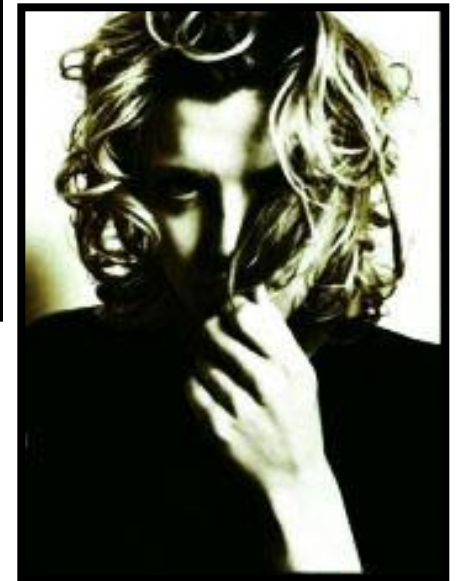
Autolesionismo impulsivo e mass-media



Princess Diana



Angelina Jolie



Courtney Love

L'autolesionismo impulsivo è (anche)
una *culture-bound syndrome*?

L'autolesionismo: sintomo o sindrome?

Comportamento autolesivo e DSM

- Il DSM-IV-TR (2000) non contiene criteri diagnostici per il comportamento autolesivo (impulsivo) in quanto categoria psichiatrica a sè stante.
- Nel DSM-IV-TR il comportamento autolesivo (comportamento automutilante), come sintomo, è elencato come uno dei criteri diagnostici per il **BDP**.
- La sindrome del comportamento autolesivo, se riconosciuta, dovrebbe essere inclusa tra i **Disturbi del controllo degli impulsi** non altrimenti classificati.
- Quando un comportamento autolesivo diventa autolesivo presenta le stesse caratteristiche dei **Disturbi correlati a sostanze**.

Criteri di ricerca per la Sindrome di comportamento autolesivo

Modalità pervasiva di ferimento deliberato del proprio corpo con l'intento di causare una lesione o un danno, ma senza intento suicidario, con lo scopo di procurare sollievo da uno stato emotivo intollerabile, di solito con insorgenza durante l'adolescenza, caratterizzata da quanto segue:

- impulsi ricorrenti di farsi male fisicamente;
- pensieri intrusivi, ossessivi di procurarsi lesioni,
- stati intollerabili e crescenti di ansia e agitazione emotive e/o di offuscamento e dissociazione emotivi;
- senso di sollievo fisico e psicologico dopo il gesto autolesivo;
- numerosi episodi di autolesionismo;
- bassa letalità;
- impulsività in altre aree potenzialmente autodistruttive (abuso di alcol o droghe, disturbi dell'alimentazione; comportamenti ad alto rischio o pericolosi come guidare in modo azzardato o coinvolgersi in relazioni interpersonali con maltrattamenti);
- tono generale dell'umore depresso o ansioso.

L'autolesionismo può diventare un'addiction? 1

La maggior parte dei ricercatori concorda sul fatto che l'autolesionismo presenta alcune caratteristiche additive e per alcuni individui può servire come **automedicazione**.

Alcune indagini hanno evidenziato che un numero significativo di individui, che praticano l'autolesionismo, riportano una **grande difficoltà a controllare l'impulso a farsi male** e descrivono questo comportamento come qualcosa che possiede proprietà di tipo additivo.

Per esempio, riferiscono di avere momenti nei quali sperimentano il forte bisogno di farsi male **anche in assenza di evidenti fattori scatenanti** e di avere ore o giorni nei quali sono "puliti", cioè non si provocano lesioni.

Inoltre riferiscono che preferiscono farsi male piuttosto che usare "altre droghe" e che devono procurarsi lesioni sempre più profonde per ottenere lo stesso effetto (**tolleranza**).

L'autolesionismo può diventare un'addiction? 2

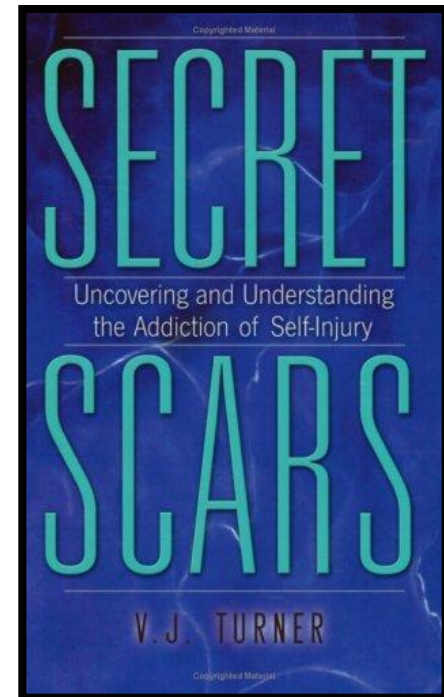
L'**ipotesi dell'addiction** (Grossman e Siever, 2001; Walsh, 2005) si basa sul riconoscimento da parte di alcuni individui che l'autolesionismo possiede caratteristiche additive.

Secondo la **teoria dell'addiction** gli atti autolesivi possono causare l'attivazione del **sistema oppioide endogeno**, che regola sia la percezione del dolore che i livelli delle **endorfine endogene**, direttamente prodotte dalla lesione.

Una rilevanza soggettiva eccessiva data al sistema oppioide endogeno può portare a reali sintomi di **astinenza** che, a loro volta, portano ad un ulteriore comportamento autolesivo.

Alcuni definirono il comportamento autolesivo come la "dipendenza degli anni '90".

La questione rimane tuttora aperta.



Riferimenti bibliografici

Lacey H., Evans D.H. (1986). The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addiction*, 81, 641-649

Pommereau X. (1998). *Quando un adolescente soffre. Ascoltarlo, capirlo, amarlo*. Pratiche Editrice, Milano

Simeon D. (2006). Self-Injurious Behaviors. In: Hollander E., Stein D.J. (eds.). *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA

Turner V.J. (2002). *Secret Scars. Uncovering and Understanding the Addiction of Self-Injury*. Hazelden, Center City, Minnesota

Grazie dell'attenzione