

Specificità della patologia borderline in adolescenza e possibili riflessi sulle strategie di comunicazione-relazione nel trattamento con la *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)*

ANDREA FERRERO

Summary – BORDERLINE PATHOLOGY SPECIFICITY IN ADOLESCENCE: CONSEQUENCES ON COMMUNICATION AND RELATIONSHIP STRATEGIES ACCORDING TO SEQUENTIAL BRIEF-ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (SB-APP). Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) is a time-limited psychotherapy (modules of 40 weekly sessions), tailored on patients' Personality Functioning Levels (PFL). SB-APP technical issues are specifically discussed in order to treat adolescents and young adults subjects with Borderline Personality Disorder (BPD-A). Some considerations on diagnosis and psychopathological assessment are preliminarily discussed, considering vulnerability, traumas and life events, personality organization and functioning. Specific differences between adolescents and adults are stressed and implications for therapy are consequently highlighted. More into detail, SB-APP therapists have to consider the relevance of brain maturation during adolescence, specific life tasks and cultural references, body language and acting out, projection and idealization as not pathological *per se*, and the role of the family.

Keywords: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, ADOLESCENCE, SEQUENTIAL BRIEF-ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY

I. Premessa

Il presente lavoro intende esaminare le possibili specificità della patologia borderline in adolescenza sotto il profilo nosografico, clinico e psicopatologico, per valutare l'ipotesi di eventuali varianti da apportare alla *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)* rispetto alla tecnica descritta [29, 34] e validata [8, 31] per i soggetti adulti.

Il modello psicoterapeutico della SB-APP prevede l'articolazione del trattamento in moduli a tempo limitato di 40 sedute ognuno con frequenza settimanale, ripetibili in sequenza, ma con un terapeuta differente da un modulo all'altro. Le sedute vengono a far parte di un progetto clinico definito in precedenza, che prevede, se è il caso, una presa in carico complessa e pluridisciplinare del paziente, con il coinvolgimento di più terapeuti o più servizi [55]. Gli elementi tecnici della SB-APP, che la differenziano da altre psicoterapie che usano altre impostazioni, hanno la funzione di fornire parametri specifici di riferimento al terapeuta per orientare le sue scelte durante il trattamento [66, 73], tenendo conto, in primo luogo, che i sintomi non descrivono solo le sofferenze e le difficoltà dei pazienti, ma delineano già quali soluzioni essi sono stati capaci di elaborare rispetto al proprio disagio.

Peraltro, la formalizzazione della tecnica non va confusa con la ricerca di una stretta aderenza a manuali che dovrebbero descrivere come va condotto il trattamento e potrebbero risultare, invece, fuorvianti, riducendo paradossalmente le capacità di relazione empatica da parte del terapeuta.

II. Introduzione: la questione della personalità in adolescenza

Per identificare le patologie dell'area borderline in adolescenza è necessario affrontare in via preliminare la questione generale di cosa si debba intendere per personalità in età evolutiva, per poterne poi descrivere eventuali tratti patologici o disturbi conclamati. Un primo importante aspetto della questione riguarda la possibilità stessa di fare riferimento alla personalità in adolescenza come ad un insieme relativamente stabile di modalità di funzionamento psichico del soggetto, in funzione della strutturazione e della regolazione del Sé-stile di vita, delle relazioni e dei comportamenti [5, 69, 87], dal momento che gli adolescenti si mostrano spesso in cambiamento rapido e tumultuoso, incoerenti e in crisi nell'auto-percepirsi e nel progettarsi.

Il dibattito è stato ed è ancora, per certi versi, acceso e complesso; tuttavia, i risultati degli studi più accreditati sull'argomento sostengono attualmente, più che mettere in dubbio, l'importanza di fare riferimento alla personalità per comprendere il malessere o il benessere degli adolescenti e per discriminare le crisi fisiologiche di un'età di passaggio dall'esordio di patologie specifiche che meritano di essere trattate tempestivamente. A questo proposito, i dati della letteratura scientifica indicano, in primo luogo, che la personalità mostra una sostanziale continuità a partire dai tre anni fino all'adolescenza [18].

La continuità della personalità tra infanzia e adolescenza si riscontra e trova conferme anche se si considerano fattori eterogenei tra loro: di ordine intrapsi-

chico, come aspetti dell'aggressività e del controllo degli impulsi [14, 19]; di ordine relazionale e familiare, come le modalità di attaccamento [44, 81]; di ordine psicopatologico e clinico, come la sintomatologia sui diversi assi del DSM [12].

Inoltre, una continuità analoga si riscontra anche tra l'adolescenza e l'età adulta [18]: per esempio, secondo un accreditato modello di valutazione dimensionale della personalità, il *Five Factor Model* (FFM), le dimensioni che discriminano molti aspetti della personalità adulta sono le stesse che avevano già rilievo durante l'adolescenza [56]. Un secondo aspetto della discussione riguarda, invece, il fatto se esistano tematiche prevalenti, bisogni o prospettive specifiche rispetto a cui la personalità si organizza durante il periodo dell'adolescenza [9, 24, 45, 89]. A questo riguardo, si riscontra oggi un rinnovato interesse per comprendere l'evoluzione dei compiti vitali di fronte ai quali si trova l'individuo nelle varie età della propria esistenza, un tema che è stato da sempre indagato in modo specifico dalla Psicologia Individuale [4].

Su questo tema, vi è un sostanziale consenso riguardo all'importanza specifica di due tematiche fondamentali: la socializzazione e l'identità. Rispetto alla socializzazione, l'adolescente deve acquisire autonomia e indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti, definire in generale il proprio ruolo sociale in quanto maschio o femmina, giungere ad un comportamento socialmente responsabile, prepararsi ad un futuro ruolo professionale, in vista dell'indipendenza economica. In questi processi sono rilevanti i mutamenti attuali della famiglia e dei modelli sociali [74]. Per quanto riguarda invece i processi identitari, l'adolescente affronta un conflitto evolutivo fase-specifico tra regressione e progressione, nel senso che l'elaborazione di questo conflitto serve a ridefinire l'identità, costruisce una nuova immagine mentale del proprio corpo dopo la pubertà, ricerca una definizione dei valori d'identità di genere e sessuale [74].

In sintesi, senza poter qui riferire in modo esaustivo tutti i termini del dibattito, si può forse sostenere che la tendenza attuale è quella di passare dal cosiddetto "modello del disturbo" [64] basato sulle osservazioni cliniche e secondo cui in adolescenza la presenza di problematiche emotive, familiari, relazionali e sociali devono essere considerate "la norma", al cosiddetto "modello della continuità" [63] basato su dati epidemiologici, secondo cui un 20% circa degli adolescenti presenta patologie conclamate della personalità ed un altro 20% va considerato a rischio. Da questi dati emerge la rilevante necessità di investire risorse e competenze nella prevenzione secondaria e terziaria dei disturbi di personalità dell'adolescenza: diagnosi precoce, disinnescamento di potenziali fattori patogeni nella popolazione a rischio, terapie specifiche quando è necessario.

III. *Alcune considerazioni sulla diagnosi dei Disturbi di Personalità in adolescenza*

Secondo le indicazioni provenienti dalla *DSM-V Task Force* [79], per Disturbo di Personalità si devono intendere quadri clinici caratterizzati da due aspetti: 1) specifiche “difficoltà adattive” rispetto allo sviluppo del sentimento dell’identità e di un efficace funzionamento interpersonale; 2) presenza di tratti patologici di personalità in sei ambiti: emozionalità negativa, inibizione, antagonismo, disinibizione, compulsività, schizotimia.

Peraltro, alcuni disturbi del funzionamento della personalità degli adolescenti sono da valutare in modo diverso rispetto ai soggetti adulti. In particolare, bisogna considerare come una parte di essi possa essere reversibile o di breve durata, in ragione della variabilità e transitorietà di alcune concause che contribuiscono alla patologia sotto il profilo biologico, psico-sociale e culturale. Infatti, usando l’approccio tuttora in uso del DSM-IV [7], i criteri per diagnosticare tra i 14 e i 18 anni un Disturbo di Personalità non sono diversi da quelli usati per gli adulti, ma devono essere già presenti da almeno un anno [91]. All’interno di questo quadro più generale, i disturbi del cluster B avrebbero un’elevata prevalenza nei soggetti più giovani [88].

In ogni caso, la diagnosi categoriale dei Disturbi di Personalità ha molti limiti, come è già stato più volte segnalato in letteratura: sembra, infatti, più utile per l’epidemiologia [9] che per la clinica, non discrimina sufficientemente i comportamenti e i funzionamenti psicopatologici e non serve a comprendere le dinamiche evolutive dei soggetti. Queste considerazioni sono tanto più pertinenti se consideriamo gli adolescenti. Un altro problema è la mancanza di un criterio definito di *soglia (cut-off)*: in che modo i tratti di personalità (ovvero modalità coerenti di comportamenti, emozioni e componenti cognitive) differiscono dai disturbi, che ne rappresenterebbero le amplificazioni patologiche?

In relazione a queste considerazioni, un approccio che integri i tradizionali aspetti categoriali della diagnosi con aspetti dimensionali, secondo la duplice possibilità di valutare una serie di variabili di tratto oppure di confrontare quanto le manifestazioni del soggetto corrispondano a prototipi definiti di patologia, sembra particolarmente necessario in adolescenza. Un’utile integrazione per la valutazione della personalità [90], tra approccio nomotetico ed approccio idiografico, è costituito dalla *Shedler-Westen Assessment Procedure 200 (SWAP-200)*, anche nella versione per gli adolescenti (*SWAP-200 A*). La *SWAP-200* si basa sulla metodologia *Q-sort*, che permette di combinare descrizioni di soggetti o di fenomeni da parte di osservatori diversi (“descrizioni composte”), le cui somiglianze o divergenze possono essere valutate in base al coefficiente di correlazione di Cronbach (*coefficiente di coerenza interna dei test*).

In pratica, la *SWAP-200 A* propone un insieme di affermazioni che descrivono aspetti differenti del funzionamento psicologico di un soggetto: ogni affermazione può descriverlo molto bene, in parte o per nulla. Le affermazioni degli osservatori sono espresse con un vocabolario *standard* per cui possono essere quantificate e paragonate con quelle di altri osservatori e analizzate statisticamente. Si può così ricavare un profilo psicologico di ogni soggetto scegliendo le affermazioni che lo descrivono meglio rispetto a quelle che non sono pertinenti. In questo modo, per utilizzare i termini della Psicologia Individuale [2], si arriva a descrivere la presenza o meno di tratti disfunzionali dello *stile di vita* del soggetto, che potrà poi essere confrontato con un certo numero di “prototipi” (ricavati in base ad analisi statistiche fattoriali) che descrivono differenti Stili di Personalità o Disturbi di Personalità.

Più in dettaglio, i dati della letteratura indicano che, pur nell’ambito dei limiti sopra esposti, il *Disturbo Borderline di Personalità (BPD)* può essere effettivamente diagnosticato in adolescenza e presenta soltanto differenze di lieve entità rispetto ai criteri diagnostici utilizzati per i soggetti adulti [89]. Utilizzando la *SWAP-200* i quadri clinici diagnosticabili al DSM IV-TR come *Disturbo Borderline di Personalità* in adolescenza (BPD-A) vengono prevalentemente diagnosticati come *Disturbi da Disregolazione Emozionale*, caratterizzati da emozioni intense e poco modulate, con possibile perdita di controllo e disperati tentativi di regolarle.

Analogo è l’inquadramento diagnostico proposto dal *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)-Asse Personality Childhood and Adolescence (PCA)*: i soggetti che soddisfano i criteri per il BPD-A secondo il DSM IV-TR vengono diagnosticati come *Disturbi di Personalità su base Disregolatoria*. Questi soggetti possono essere molto impulsivi, ma anche depressi o possono mostrare tendenze paranoide e instabilità nelle relazioni interpersonali, nell’immagine di sé e negli affetti, specie per quanto riguarda la rabbia [50]. La *SWAP-200 A* colloca, inoltre, nell’area dei disturbi borderline in adolescenza anche il *Disturbo Istrionico*, in quanto possiede caratteristiche affini allo stile di personalità isterico con organizzazione borderline di personalità [89]; d’altronde, se si utilizzano i criteri del DSM IV-TR, si riscontra un’elevata comorbilità tra BPD, *Disturbo Istrionico di Personalità (HPD)* e *Disturbo Dipendente di Personalità (DPD)* [91]. In realtà, può essere utile considerare la patologia borderline in termini di spettro piuttosto che considerare ogni singolo quadro clinico come determinato da un intreccio di condizioni di comorbilità.

IV. La patologia borderline in adolescenza: riflessioni sotto il profilo psicopatologico e considerazioni sui meccanismi di difesa

Al fine dei trattamenti, le diagnosi non devono limitarsi, però, agli aspetti descrittivi dell’espressività sintomatologica, ma devono essere integrate da un

assessment rivolto agli aspetti psicopatologici, alle risorse del soggetto e al contesto ambientale. Tanto più durante l'adolescenza, la gravità della condizione patologica non è solo correlabile ai sintomi: manifestazioni eclatanti non sempre sono sottese da disturbi importanti e viceversa [33]. Inoltre, sintomi analoghi possono sottendere disturbi con eziopatogenesi differente, di ordine biologico (l'evento puberale-adolescenziale rispetto alla vulnerabilità genetica), psicologico (lo stadio evolutivo della formazione della personalità rispetto ai precursori dell'infanzia e di fronte ai compiti vitali dell'adolescente), sociale (eventi esistenziali e/o modelli socio-culturali come concause o fattori patoplastici).

Un'analisi psicopatologica più dettagliata del *BPD-A* può forse rendere meglio conto dell'utilità di un approccio comprensivo che possa coniugare aspetti categoriali e dimensionali. A questo proposito, in questo lavoro si fa riferimento al *Modello Psicopatologico Vulnerabilità-Eventi-Personalità (VEP-PM)*, già utilizzato dalla *SB-APP* per impostare il trattamento dei Disturbi di Personalità in base allo specifico funzionamento psichico di ogni paziente [8, 29]. Le basi teorico-cliniche del *VEP-PM* sono preconizzate già nei primi lavori di Alfred Adler sulla compensazione psichica dell'inferiorità d'organo [1] e sul temperamento nervoso [2] e si fondano su una serie di contributi successivi di studiosi adleriani [15, 26, 29, 47, 69, 75, 76, 87], sui risultati della ricerca in psicopatologia clinica e dinamica, su acquisizioni specifiche delle neuroscienze. In sintesi, il *VEP-PM* considera che la genesi dei disturbi psichici è legata a tre variabili indipendenti variamente interagenti, ognuna delle quali è necessaria e nessuna sufficiente: la vulnerabilità (*VEP 1*), gli eventi vitali (*VEP 2*) e l'organizzazione dinamica della personalità (*VEP 3*). Vi sono, infatti, convincenti evidenze scientifiche della rilevanza autonoma di ciascuno di questi fattori nell'eziopatogenesi dei disturbi psichiatrici, compresi i Disturbi di Personalità.

Per gli aspetti del *temperamento* che definiscono la vulnerabilità biologica (*VEP 1.1*) s'intendono alterazioni delle funzioni cerebrali che determinano risposte istintive antecedentemente all'interpretazione che viene fatta degli eventi da parte del soggetto [20]. Queste alterazioni in regioni di cruciale importanza per la regolazione del processamento dei processi psichici vanno ad influenzare il modo in cui sono internalizzate le rappresentazioni di sé e degli altri [78]. Per gli aspetti del *carattere* che correlano con la vulnerabilità psico-sociale (*VEP 1.2*), si considerano le esperienze difettuali, per cui il futuro paziente non ha potuto sperimentare adeguate capacità di cura, *holding* o *rêverie* da parte delle figure parentali, e la mancata risoluzione di conflitti, secondo cui la predisposizione ai sintomi viene fatta risalire a regolazioni difficoltose o problematiche di alcuni bisogni o tendenze dell'individuo, specie istintuali [29].

La vulnerabilità individuale complessiva può, dunque, essere definita come un difetto/distorsione dell'esperienza che contribuisce alla definizione di alcune

caratteristiche della personalità [90]. Per eventi vitali s'intendono le dinamiche socio-relazionali ed i contesti culturali che risultano rilevanti nella genesi e nel mantenimento della patologia [69]. All'interno degli eventi vitali si distinguono gli accadimenti traumatici (*VEP 2.1*), ovvero la condizione di vivere, assistere o confrontarsi con eventi, che minacciano gravemente l'integrità fisica e psichica fino alla morte [7], e altri eventi scatenanti (*VEP 2.2*), la cui gravità non è solo legata all'oggettivo impatto esistenziale, ma al loro significato simbolico [29].

L'organizzazione dinamica della personalità è intesa, invece, come l'insieme specifico dei meccanismi di compensazione dell'individuo, con cui il paziente fronteggia e si adatta alle *noxae* patogene e, più in generale, all'esperienza di sé e del mondo circostante. Nascono dall'esperienza passata, vengono attivati al presente e sono contemporaneamente orientati al futuro e alla progettazione dell'esistenza. All'interno di queste dimensioni generali, si distinguono [29], come strumenti finzionali dell'individuo [3]: (*VEP 3.1*) *i meccanismi di difesa (simbolici ed inconsci)*; (*VEP 3.2*) *gli schemi di adattamento (segnici e consci)*; (*VEP 3.3*) *le possibilità creative (simboliche e segniche, consce ed inconscie)*.

Per quanto concerne in modo specifico il *BPD-A*, prima di considerare le caratteristiche della *vulnerabilità biologica (VEP 1.1)* bisogna tener conto di come si svolgono i processi di maturazione cerebrale durante l'adolescenza. Sintetizzando molto, durante l'adolescenza si assiste [11] ad una riduzione della materia grigia (*pruning* sinaptico selettivo, riduzione delle cellule gliali e della mielina intracorticale) e a un aumento della materia bianca, come risulta dalle tecniche di *Diffusion Tensor Imaging* (aumento della frazione anisotropa e riduzione della diffusività media, che corrispondono a un incremento complessivo di organizzazione e densità).

In questi processi di maturazione cerebrale durante l'adolescenza si riscontrano, inoltre, importanti differenze di genere. Per quanto riguarda la cognizione [10, 68], nei maschi la maturazione delle regioni prefrontali è ritardata rispetto alle regioni limbiche per cui, di fronte a uno stimolo incongruo, i processi cognitivi preparatori stabili (controllo proattivo) risultano ridotti e, per contro, i processi transitori legati a condizioni situazionali (controllo reattivo) sono aumentati. Questa condizione comporta soprattutto per i maschi un complessivo ampliamento della finestra di vulnerabilità a un certo numero di perturbanti ambientali e al rischio conseguente di un'eccessiva reattività, con aumento dei comportamenti a rischio e ricerca di stimoli nuovi ed eccitanti. Inoltre, sia nei maschi che nelle femmine, sono carenti la funzione esecutiva e la *working memory*.

Per quanto riguarda, invece, i processi socio-emotivi [11], un più accentuato aumento del funzionamento delle regioni orbitofrontali, del *gyrus cinguli* e dell'amigdala comporta un eccesso di influenza dei fattori emotivi nelle femmine.

Confrontando i fisiologici processi di maturazione cerebrale con i fattori specifici di vulnerabilità biologica per il *BPD-A* si registrano significative consonanze per quanto riguarda due aspetti: l'instabilità affettiva e l'eccessiva impulsività. Infatti, dal momento che l'instabilità affettiva è mediata da una eccessiva reattività a livello limbico, è evidente che i cambiamenti del cervello durante l'adolescenza possono costituire un transitorio fattore specifico di rischio per il *BPD* [94].

Il riscontro, invece, di una bassa soglia per l'aggressività impulsiva, può dipendere [43] sia da una riduzione del controllo e dell'inibizione da parte della corteccia prefrontale, con conseguente maggiore vulnerabilità biologica al *BPD* durante l'adolescenza per i maschi, sia da un'eccessiva reattività dell'amigdala, con maggiori rischi, da questo punto di vista, per le adolescenti femmine.

Per quanto riguarda un altro fattore biologico di vulnerabilità al *BPD*, che predispone a una ridotta capacità empatica sia a livello cognitivo che a livello emotivo, si è invocato uno squilibrio funzionale tra solco temporale superiore (STS) – che è coinvolto nella percezione delle intenzioni altrui – giro temporale superiore (STG) – che è coinvolto nella percezione uditiva e nella parola – e l'*insula*, con importanti conseguenze sulle tendenze intrusive dei pazienti, sui loro elevati livelli di allarme ansioso, sulle difficoltà di cogliere il funzionamento mentale e di essere, quindi, in sintonia con gli altri [23]. Queste alterazioni funzionali non sono, però, specificatamente correlabili alle fasi di cambiamento del funzionamento del cervello durante l'adolescenza.

Per quanto riguarda la *vulnerabilità psicosociale (VEP 1.2)* al *BPD*, la letteratura scientifica, ivi compresi i contributi della Psicologia Individuale, segnala l'importanza nucleare di una persistente instabilità dell'immagine di sé e, corrispondentemente, dell'immagine degli altri [13, 25, 28, 46, 70]. In altre parole, questi pazienti sono coinvolti in una disfunzione primaria della struttura identitaria [87] e non solamente nella difficoltà di regolare nodi conflittuali irrisolti.

A questo proposito, nell'ambito della Psicologia Individuale, si è ipotizzato che in questi soggetti non ci sia stata la possibilità di uno sviluppo sufficientemente positivo del sentimento sociale, come conseguenza di una qualità carente delle relazioni precoci di "amore o tenerezza primaria" [15]. Queste ipotesi sono state poi confermate dalle successive ricerche sui processi dell'attaccamento. La capacità di rispecchiamento del mondo interno del bambino (*mirroring*) da parte dei genitori rappresenterebbe, infatti, il cuore della capacità di regolare gli affetti; nell'infanzia questa capacità si sviluppa in base all'atteggiamento delle figure di attaccamento e alla loro capacità di pensare al bambino come ad un'entità individuata sotto il profilo psicologico [37].

Un attaccamento disorganizzato nell'infanzia predispone, dunque, all'intolleranza di viverci come soggetto separato nel resto della vita; questo aspetto rappresenta una delle caratteristiche fondamentali delle patologie dei soggetti borderline [42, 54] ed è un fattore predittivo importante per differenziare le tecniche dei trattamenti psicoterapeutici [82].

Queste condizioni infantili trovano poi rispondenza nella ridefinizione bio-psico-sociale dell'identità durante l'adolescenza. Nel caso del *BPD-A*, i soggetti non sono chiamati a fronteggiare solamente una fisiologica crisi evolutiva dell'immagine di sé, ma si trovano alle prese con un vero e proprio rischio di diffusione dell'identità [35, 46], caratterizzata da instabilità e/o incoerenza della rappresentazione di Sé, instabilità e/o incoerenza della rappresentazione degli altri, sovra-identificazione al gruppo e ai ruoli, difficoltà a progettare e a coinvolgersi. La specifica complessiva vulnerabilità del soggetto al *BPD-A* può slatentizzarsi, poi, in adolescenza in base a particolari situazioni esistenziali, condizioni socio-relazionali ed elementi di contesto.

Il ruolo del trauma (*VEP 2.1*) nello sviluppo della personalità borderline è, tuttora, poco chiaro. Alcuni studi recenti sostengono che il *Disturbo Borderline di Personalità* non è un disturbo dello spettro traumatico ed è anche biologicamente diverso dal *Disturbo Post-Traumatico da Stress*, però, si riscontrano alti tassi di negligenza ed abusi nella storia di soggetti con patologie della personalità.

In particolare, alcune ricerche segnalano correlazioni significative tra abusi e insorgenza del *BPD*: le femmine sono più a rischio di essere abusate e di porre in atto tentativi di suicidio dopo abusi fisici o sessuali [16], mentre nei maschi la violenza sociale induce maggiormente comportamenti disadattivi in adolescenza, ma solo quando c'era già un'alta conflittualità familiare [57]. In realtà, più che specifiche tipologie di abuso potrebbero essere rilevanti traumatizzazioni protratte nell'ambito delle relazioni interpersonali e familiari e dei contesti ambientali [36, 40]. I soggetti traumatizzati, se non riescono ad affrontare convenientemente l'accaduto sotto l'aspetto psicologico, possono essere a lungo nella condizione di distinguere con maggiore difficoltà stimoli neutri o positivi da informazioni su accadimenti potenzialmente lesivi. Conseguentemente, si può verificare un reclutamento anomalo della *working memory*, con riduzione conseguente delle capacità di affrontare eventi complessi [53, 59, 85].

In sintesi, gli eventi traumatici impongono spazio all'interno di strutture mentali preesistenti, turbandone realmente e/o simbolicamente la continuità e la coerenza, e possono, quindi, costituire un rilevante co-fattore di rischio di diffusione dell'identità durante l'adolescenza. L'importanza, invece, di eventi vitali avversi (*VEP 2.2*), ma non traumatici, non è facilmente riconoscibile dal momento che la

loro rilevanza più spesso si collega al loro significato simbolico che al loro impatto reale [2].

In ogni caso, in un momento di così grandi cambiamenti delle prospettive di vita, la qualità delle dinamiche familiari, delle esperienze scolastiche e delle relazioni con i pari si confermano di primaria importanza: ad esempio, positive relazioni familiari aumentano le competenze socio-emozionali degli adolescenti, mentre condizioni scolastiche e sociali di sicurezza riducono i comportamenti esternalizzanti [95]. Possono inoltre essere significative condizioni specifiche di tipo sociale o culturale (si pensi ad es., alla cosiddetta “cultura del narcisismo”), anche in riferimento alle modalità di rassicurazione gregaria di cui gli adolescenti più fragili mostrano di avere particolarmente bisogno [48].

In una prospettiva interculturale [72], il ruolo potenziale delle avversità della vita nella genesi della patologia borderline dipende da come queste vanno a interfacciarsi con il sistema di valori dell'individuo e con le potenzialità adattive che possiede [51, 71]: è importante comprendere quali sono le modalità soggettive attraverso cui l'adolescente elabora il passato e progetta il futuro [27] rispetto agli specifici compiti vitali della sua età [4, 61].

Decisiva per lo sviluppo del BPD-A è, comunque, l'organizzazione dinamica della personalità in senso patologico, intesa come l'insieme di strumenti finzionali [3] del soggetto adolescente per far fronte alle vulnerabilità specifiche che sono state delineate, alle esperienze esistenziali significative nel *qui ed ora* e a una rinnovata progettualità. In questo senso il BPD-A, come peraltro anche gli altri *Disturbi di Personalità*, deve essere sostanzialmente considerato come un disturbo dell'adattamento e della compensazione, dal momento che qualunque tratto di personalità, seppure estremo, non è di per sé disfunzionale *ipso facto* [86]. In particolare va attentamente considerata la qualità dei meccanismi di difesa (*VEP 3.1*), che riconoscono il loro substrato fisiologico in collegamenti funzionali che integrano l'attività neuronale attraverso diverse regioni cerebrali [62], sono tendenzialmente stabili e si attivano, peraltro, in relazione con gli altri, come si sottolinea in modo specifico in Psicologia Individuale [29, 60].

I meccanismi di difesa (simbolici ed inconsci) si collocano in una gerarchia di funzionamenti più o meno adattivi [22]. Il paziente, in ogni momento, utilizza inconsciamente o in modo consapevole le risorse più collaudate per mantenere inalterato lo *status quo* del proprio assetto psichico [38], anche se si rivelano disadattive o inefficaci. Nei soggetti con *Organizzazione di Personalità Borderline (BPO)*, la distinzione tra l'immagine di sé e quella dell'oggetto esterno viene preservata da rigide difese tese a salvaguardare l'individuo dalla percezione dell'ambivalenza [28] e, a questo scopo, le difese borderline sono caratteristiche [46]: *scissione, diniego, idealizzazione e svalutazione; identificazione*

proiettiva; controllo onnipotente, acting-out. Ne conseguono modelli di comportamento maladattativi, caratterizzati da sistematica incoerenza ed evocativi di drammatiche tonalità emotive, che sono peraltro riconducibili anche a specifici schemi di adattamento segnici e consci (*VEP 3.2*) e si interfacciano con le possibilità creative dell'individuo (*VEP 3.3*) [29].

Tutte queste componenti non devono essere, quindi, considerate separatamente, ma acquistano specificità all'interno di una costellazione complessiva, che è tipica dello *stile di vita* [2] dell'adolescente. La *BPO* in adolescenza non differisce in modo sostanziale da quella mostrata successivamente dai soggetti adulti [89], però, diversamente da questi ultimi, un certo numero di soggetti di entrambi i sessi con *BPD-A* ipermentalizzano in modo compensatorio rispetto alla disregolazione emozionale [77], mentre, in risposta allo *stress*, femmine adolescenti sviluppano maggiormente affetti negativi che correlano con difese immature [83].

Inoltre, all'interno della *BPO*, la *SB-APP* distingue più in dettaglio tre diversi Livelli di Funzionamento della Personalità (*PFL*) [8, 21, 31, 34, 50]. Al livello di funzionamento meno integrato (*PFL 1*), la personalità è organizzata in funzione di preservare di volta in volta il nucleo della propria identità, *qui e ora* in situazioni concrete; il funzionamento nucleare si riconosce dal fatto che i pensieri, le emozioni e i comportamenti del soggetto sono caratterizzati da motivazioni alterne che negano quelle manifestate in altri momenti allo stesso proposito.

Il soggetto ha, inoltre, difficoltà permanenti a comprendere i comportamenti propri e altrui in termini di pensieri, desideri e aspettative. Questa carenza si riconosce dal fatto che il soggetto fatica a mentalizzare e non sa esprimere i propri intensi stati emotivi, confondendoli con alterati stati fisici, oppure esprimendoli attraverso gli agiti. Questi aspetti vanno peraltro confrontati con la fisiologica tendenza degli adolescenti ad avere grande attenzione al proprio corpo, che è in rapido mutamento, e con una propensione ad agire, appropriata per l'età, che è frutto di maggiore impulsività e non necessariamente di una lacunosa funzione riflessiva [37].

In presenza di questo tipo di funzionamento, le difficoltà di comprensione emotiva attivano, inoltre, tendenze sostitutive a vedere le proprie motivazioni come se fossero presenti negli altri. Nondimeno, prospettive proiettive e idealizzate non necessariamente sono da considerare patologiche se servono provvisoriamente all'adolescente per auto-definirsi [33].

A *PFL 2*, la personalità è organizzata per preservare il senso soggettivo di sé attraverso l'evitamento della percezione contemporanea delle qualità positive e negative proprie e altrui; il funzionamento scisso si riconosce dal fatto che il soggetto mostra continuità di pensieri, emozioni e comportamenti del soggetto, ma ogni

aspetto parziale di una situazione contraddittoria la rappresenta temporaneamente per intero. Il soggetto riesce a comprendere i comportamenti propri e altrui in termini di pensieri, desideri e aspettative solo se non mettono in crisi l'immagine che ha di sé; questa carente capacità di comprensione si riconosce dal fatto che il soggetto è capace di comprendere alcuni comportamenti degli altri, ma non di sentirsi compreso.

Queste difficoltà non vanno scambiate negli adolescenti con prospettive radicali e polarizzate del giudizio, che sono consuete nel momento in cui si sviluppa in modo più definito il pensiero astratto, le emozioni sono esasperate e l'utilizzo degli altri e, in particolare del gruppo dei coetanei, serve come supporto a tollerare la perdita dell'identità infantile e come dispensatore temporaneo di nuovi modelli identitari [33]. A *PFL 3*, la personalità è organizzata, invece, in funzione di evitare al soggetto le conseguenze della conoscenza di qualità contraddittorie di sé o delle persone con cui si relaziona (ambivalenza), sfuggendo al confronto con gli altri e dentro di sé e negando che il riscontro di eventuali contraddizioni debba avere importanza.

In realtà, il soggetto è normalmente in grado di capire i comportamenti propri e altrui, ma solo razionalmente: le emozioni divergenti che possono nascere dal confronto non vengono integrate. Questa situazione è caratterizzata dalla persistenza di posizioni emotive invariante nei confronti degli altri, anche quando si colgono motivazioni e modalità differenti, e dalla tendenza a indirizzare il pensiero su aspetti concreti.

Rispetto a questo livello di funzionamento, bisogna valutare che negli adolescenti eventuali limiti della capacità narrativa non implicano necessariamente un'incapacità di riconoscere e integrare rappresentazioni e affetti e che la progettualità può essere temporaneamente indeterminata o contraddittoria, senza che questo rappresenti sicuramente un segno di patologia della personalità [33].

V. Varianti delle strategie del trattamento con la SB-APP in funzione della psicopatologia del BPD-A: la comunicazione-relazione terapeutica

L'importanza di cogliere nel modo più approfondito possibile la genesi e l'espressività della patologia consegue direttamente dall'obiettivo di fornire un aiuto [32] al paziente per cambiare la sua condizione clinica (dai sintomi alla salute) e/o esistenziale (dal malessere al benessere).

Questa situazione corrisponde all'aspettativa sia da parte del paziente sia da parte del terapeuta che si possa strutturare un'*esperienza emotiva correttiva* [6] della sofferenza: in particolare, entrambi si propongono variamente di confermare o

disconfermare le modalità relazionali che il paziente ha già sperimentato. Questa nuova esperienza produce, contestualmente, una *trasformazione della memoria implicita, legata all'attaccamento primario, in una comunicazione congrua e ristrutturata almeno in parte, a livello intrapsichico, i circuiti associativi consci ed inconsci* [39].

L'aiuto al cambiamento passa, quindi, attraverso la ri-codificazione del materiale relativo all'organizzazione mentale del paziente ad un livello *affettivo e cognitivo compatibile col livello della comunicazione in seduta*. Nello specifico, il paziente con *BPD-A* tenta di fronteggiare in modo irrigidito e patologico i rischi della diffusione della propria identità durante i rapidi cambiamenti fisici e psicologici dell'adolescenza rispetto a rapporti intimi, prospettive di formazione al lavoro, competitività, ruolo nella società.

Sotto il profilo cognitivo, in questo periodo una quota aggiuntiva di disorientamento può essere ricondotta allo sviluppo ancora precario delle capacità di pensiero astratto; questa condizione può anche favorire temporaneamente un ripiegamento regressivo su modalità concrete di espressione, per fronteggiare vissuti di complessità crescente senza che una nuova capacità di comprensione si sia già consolidata. Per questi aspetti il paziente con *BPD-A* *può essere aiutato maggiormente dall'interesse del terapeuta per la sua mente* ("insightfulness") [84], che dall'attenzione ad un particolare tema o ad un particolare conflitto.

L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a raggiungere o recuperare il livello simbolico in tutte le funzioni mentali [84], con la conseguente possibilità di strutturare un'immagine di sé più stabile e coerente. Nondimeno, alcuni importanti risvolti sociologici vanno tenuti in conto a questo proposito [74], che riguardano gli odierni mutamenti della famiglia (nuovi modelli di genere, famiglie ridotte, compresenza di tre generazioni nel nucleo familiare, instabilità coniugale, famiglie omosessuali) e dei modelli sociali (incremento delle dinamiche del piacere e dell'immagine, diminuzione della responsabilità e del lavoro).

Per quanto riguarda gli stati affettivi, l'obiettivo della *SB-APP* è quello di favorire l'evoluzione degli schemi emozionali [17] ma, come abbiamo visto, questo processo tende ad avvenire in modo tumultuoso e incoerente nei soggetti con *BPD-A*. Un aspetto particolarmente importante riguarda la possibilità di integrare alcuni aspetti scissi a livello simbolico e sub-simbolico, cercando di promuovere un collegamento tra schemi emozionali e processi linguistici.

Se si considerano, invece, le *modalità relazionali*, il re-incontro durante il trattamento con le esperienze più significative che il paziente ha già vissuto può trasformarlo dall'essere prigioniero del proprio passato in una persona che se ne può liberare [52]. Durante le sedute, per via transferale, il terapeuta può diventare le

diverse figure della storia del paziente ed entrambi gradualmente possono riscrivere il racconto [58], trasformando quei personaggi in una direzione che possa consentire all'adolescente di sperimentarsi, senza il timore di non sapere più chi è o di cosa debba diventare. Tra passato e futuro gli adolescenti, specie nella cultura odierna, tendono invece a “vivere solo nel presente” [74], oppure in una prospettiva di progetti ideali e quindi validi “senza tempo”.

Questa modalità caratteristica di percepire l'orizzonte temporale non aiuta i pazienti con *BPD-A* nel compito psicologico di risolvere la contraddizione tra il bisogno di recuperare una dimensione sicura di attaccamento nell'ambito di relazioni significative ed il bisogno di differenziazione, ricerca della novità e autonomia.

Sulla base di queste considerazioni, il *setting* a tempo limitato della *SB-APP* si è mostrato efficace nel promuovere e preservare l'alleanza terapeutica nei soggetti con *BPD-A*, prospettando una continuità sufficiente ma anche limiti chiaramente identificabili, evitando di “andare troppo in là” nel programmare il trattamento, anche in considerazione dei rapidissimi mutamenti bio-psico-sociali a cui il paziente è destinato ad andare incontro in un breve lasso di tempo.

Infatti, un primo dato di una ricerca naturalistica in aperto, tuttora in corso, che riguarda 42 adolescenti e giovani adulti con *BPD-A* trattati con la *SB-APP* presso il *Centro per i Disturbi di Personalità dell'Adolescenza (Centro DPA) del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO4 (Settimo T.se, Torino)* ha evidenziato solo 4 interruzioni precoci del trattamento, confermando i dati di letteratura sul ridotto tasso di *drop-out* nei soggetti adulti utilizzando trattamenti a tempo limitato specificatamente rivolti alla patologia borderline [8, 80].

Inoltre, i pazienti con *BPD* sono estremamente sensibili al rifiuto, sia esso reale o immaginario, e questa condizione sembra tanto più acuita dall'instabilità dell'adolescenza tra idealizzazioni e insicurezze; in questa direzione, la possibilità di sapere sin dall'inizio che la relazione terapeutica ha un limite prestabilito, come accade per i moduli della *SB-APP*, può gradualmente permettere di “abituarsi” all'idea della perdita, che può eventualmente essere vissuta come un abbandono programmato, e quindi potenzialmente meno devastante [34, 49]. Tuttavia, potranno emergere ugualmente, o essere ipotizzate come latenti a livello inconscio, angosce abbandoniche; la lontananza può evocare proiezioni paranoide o sentimenti di svalutazione e grande attenzione merita l'elaborazione delle rabbie distruttive ed evacuative e dei sentimenti di vendetta. È importante quindi, in ogni caso, elaborare sempre in modo precoce e approfondito il termine del trattamento [30].

Tuttavia, in un solo gravissimo caso (*PFL I*) tra i pazienti trattati presso il *Centro DPA di Settimo T.se*, la risoluzione del modulo ha comportato difficoltà cliniche in relazione al distacco del terapeuta, nonostante un'accurata attenzione ed ela-

borazione dei vissuti connessi e la prospettiva annunciata che il paziente avrebbe beneficiato di un secondo modulo di trattamento con un altro terapeuta. Solamente altri 4 casi, infine, hanno ricevuto un'indicazione per un modulo ulteriore di 40 sedute in ragione del bisogno della necessità di ampliare e consolidare i risultati raggiunti con il primo ciclo, incontrando peraltro il consenso dei pazienti a continuare il lavoro.

Un *setting* definito in modo molto rigoroso, non solo per quanto riguarda la durata del modulo terapeutico, ma anche caratterizzato da regole dichiarate, chiare e facili da interpretare per quanto riguarda tutti gli aspetti del *management* clinico, si prospetta come maggiormente funzionale al lavoro intensivo con pazienti adolescenti con disfunzione della struttura primaria del sé [87] e organizzazione borderline di personalità, poco capaci di mentalizzare e di riconoscere i significati simbolici della relazione terapeutica rispetto alle valenze reali e concrete del rapporto umano con il terapeuta [36].

In particolare, durante il trattamento con la *SB-APP* di pazienti con *BPD-A* presso il *Centro DPA*, lo psicoterapeuta non si è mai occupato delle emergenze cliniche che erano competenza preventivamente assegnata ad altri operatori [8]; inoltre, l'intimità del rapporto tra il paziente e il terapeuta è sempre stata rispettata anche nei confronti dei minorenni e si sono indirizzati i genitori ad un secondo terapeuta per le dovute informazioni e i loro personali bisogni, secondo un coerente progetto di rete tra terapeuti [55]. Gli interventi psico-educativi e di sostegno ai genitori sono risultati proficui, confermando le indicazioni della letteratura [35].

All'interno di un *setting* così strutturato, la *SB-APP* utilizza due diversi ordini di strategie terapeutiche che possano consentire di modulare gli interventi in modo flessibile per diversi tipi di pazienti. Secondo un primo asse strategico, si considerano interventi intensivi o supportivi [35], che si caratterizzano, lungo un *continuum* (*Intensive-Supportive Axis, IS-AX*), per la qualità prevalente della relazione [27, 29, 34].

La strategia intensiva è caratterizzata dall'*alleanza di lavoro dialogica*, dove il terapeuta favorisce la rielaborazione dei vissuti da parte del paziente, piuttosto che fornire contributi personali. L'obiettivo è quello di favorire nel paziente un atteggiamento di attenzione, confidenza e comprensione delle proprie difficoltà come presupposto del cambiamento. Secondo Adler, il terapeuta non è capace di insegnare nulla di meglio di quanto il paziente non possa comprendere attraverso il riconoscimento della linea della propria vita [3].

La strategia supportiva è caratterizzata, invece, dall'*alleanza di lavoro supportiva*, dove prevale l'integrazione dei contributi da parte del terapeuta. L'obiettivo è

quello di fornire soluzioni positive alternative in risposta alle difficoltà del paziente. Secondo Adler [4], la psicoterapia è un esercizio ed una prova di cooperazione e può concludersi positivamente solo se c'è un sincero interesse per gli altri. A questo proposito, quando il terapeuta ha in trattamento un paziente con *BPD-A*, dovrà tenere conto, rispetto ai soggetti in età adulta, che l'utilizzo degli altri come supporto a tollerare la perdita dell'identità infantile, può costituire un dispensatore temporaneo di nuovi modelli identitari. Al contrario, un atteggiamento eccessivamente "adultizzante" può paradossalmente ostacolare un armonico sviluppo e la progressione fase-specifica dell'identità del soggetto.

Nella *SB-APP*, sia all'interno delle terapie supportive che delle terapie intensive, le strategie del terapeuta si differenziano inoltre, lungo un asse ulteriore, in funzione delle prevalenti modalità di funzionamento psicopatologico del paziente e della sua condizione relazionale e sociale (*Mutative-Conservative Axis, MC-AX*).

La strategia conservativa è volta a rispettare e rinforzare i meccanismi di compensazione del paziente ed in particolare preserva le difese a più evoluto funzionamento, più sane e adattative per il soggetto e per le altre persone.

La strategia mutativa si propone, invece, di provocare un cambiamento dello stile di vita e dell'organizzazione di personalità attraverso il cambiamento di almeno alcuni dei meccanismi di difesa che sono connessi in modo significativo con la patologia.

Sotto quest'ultimo profilo, la *SB-APP* prevede che le scelte del terapeuta siano differenziate in base ai *PFL* [8, 29, 31, 34]. Il trattamento in adolescenza non differisce in modo sostanziale rispetto a quello per gli adulti, ma alcune strategie specifiche sono da evidenziare maggiormente e da utilizzare in modo tendenzialmente più intensivo. Il primo ordine di considerazioni riguarda l'interazione tra paziente e terapeuta.

Per quanto riguarda i pazienti a *PFL I*, la *modalità relazionale* prevalente è di tipo scissionale. Pertanto, il terapeuta cerca di costruire e di consolidare un'alleanza contrattuale-comportamentale e, contestualmente, affettivo-empatica col paziente. In questo modo, scelto in quanto consono all'organizzazione difensiva del paziente, il terapeuta può promuovere un efficace "contenimento psicologico" [93], proponendo un nuovo modello esperienziale sul tema delle "regole" e dei "limiti", laddove il rapporto di un adolescente evitante o provocatorio con altre figure di autorità (ad esempio, genitori o insegnanti), può essere disfunzionale o confusivo. Molto importante è l'attenzione a cogliere le *nuances* degli stati mentali e la capacità di restituirle al paziente, perché questo processo di rispecchiamento ne rafforza l'identità. Soprattutto con gli adolescenti, è necessario talvolta che il terapeuta si sveli e si renda percepibile come persona concreta, per raffor-

zare l'esame di realtà e come testimonianza che percepirsi ed individuarsi non è pericoloso [67].

Il terapeuta aiuta il paziente a filtrare gli stimoli intrapsichici che risultino intollerabili e a sostenere gli avvenimenti gravemente stressanti o quelli destrutturanti sotto il profilo simbolico; il lavoro si avvale prevalentemente degli atteggiamenti di conferma dei vissuti, della validazione empatica degli stati soggettivi, delle espressioni di stima appropriate; rispetto al mondo socio-relazionale, invece, il terapeuta utilizza l'esame di realtà, le spiegazioni delle conseguenze del comportamento, la ricognizione dei vissuti che accompagnano gli eventi; durante la seconda parte del trattamento, trova anche spazio l'elaborazione dello stile interpersonale, con riferimento specifico sull'*hic et nunc*, dal momento che temi più generali distolgono tendenzialmente il paziente dall'urgenza emotiva.

A *PFL II e III*, il paziente tende generalmente ad instaurare una relazione dipendente oppure impregnata di fantasie idealizzate e onnipotenti, specie in età adolescenziale. Il terapeuta cerca di lavorare in modo da renderla fruibile per lo sviluppo di un Sé sufficientemente capace di auto-accoglienza. L'imitazione del modello del terapeuta in questa fase può essere un fattore di promozione di cambiamenti intrapsichici coerentemente con quanto accade in modo più moderato e integrato negli adolescenti non patologici. Un atteggiamento abbastanza attivo da parte del terapeuta può promuovere cooperazione e sentimento sociale e contrastare eventuali tendenze all'oppositività distruttiva, oppure al ritiro e alla chiusura.

Rispetto al mondo interno del paziente a *PFL II*, gli interventi di validazione empatica degli stati soggettivi risultano fondamentali come per i moduli del primo livello; analogamente, rispetto al mondo socio-relazionale, il trattamento privilegia le spiegazioni delle cause del comportamento, la ricognizione dei vissuti che accompagnano gli eventi e l'elaborazione dello stile interpersonale nell'*hic et nunc*; caratterizzano le sedute, inoltre, interventi di *problem-solving* e confronti per inversione dei ruoli.

Rispetto al mondo interno del paziente a *PFL III*, invece, si possono indagare le difese mediante chiarificazioni, confronti, interpretazioni: questi interventi affiancano gli interventi validanti caratteristici dei livelli precedenti, quando il terapeuta riconosce nel paziente una relativa capacità di tollerare l'ambivalenza; rispetto al mondo socio-relazionale, s'incoraggia la costruzione di relazioni realistiche e si fornisce sostegno ad impegni socio-relazionali complessi, anche formulando previsioni sul senso, significato e direzione, della crisi del soggetto.

Per quanto riguarda, infine, il *transfert*, non è di regola oggetto di elaborazione con pazienti a *PFL I, II e III*, ad eccezione di quando è strettamente necessario,

per riconoscere e scoraggiare le valenze negative che inficiano l'alleanza terapeutica [35]. Sotto l'aspetto *contro-transferale*, è molto importante invece tener conto di come le immagini scisse che il paziente ha di sé e degli altri possano coinvolgere emotivamente pensieri e disposizioni del terapeuta [65], e di come i riferimenti socio-culturali dell'adolescente possano divergere ampiamente da quelli del terapeuta.

VI. *Alcune brevi considerazioni conclusive*

In sintesi, la *SB-APP* si propone come approccio specifico e flessibile anche nel trattamento del *BPD-A*. Non è necessario, infatti, variare l'approccio psicoterapeutico in modo sostanziale rispetto ai soggetti adulti con *BPD* [41], anche se vanno tenute in conto le differenze che caratterizzano questa patologia durante l'adolescenza.

In generale, le psicoterapie psicodinamiche a breve termine si sono mostrate efficaci nel trattare i disordini comportamentali degli adolescenti [92]; più in particolare, il terapeuta che utilizza la *SB-APP* deve tener conto, rispetto agli adulti, che alcuni fattori rivestono un'importanza specifica maggiore di altri: 1) i processi di maturazione cerebrale in adolescenza; 2) la specificità dei compiti vitali che il soggetto è chiamato ad affrontare [4]; 3) le necessità di identificazione culturale [71] con gli adolescenti (non è tutta devianza ciò che è difforme dalla cultura degli adulti); 4) l'attenzione specifica agli aspetti del linguaggio corporeo e del comportamento agito; 5) il significato non sempre patologico dei meccanismi di difesa di proiezione e idealizzazione e 6) la necessità complessiva di aggiornare il progetto, le tecniche e le strategie su diversi livelli di funzionamento in ragione dei rapidi cambiamenti del soggetto.

L'obiettivo sostanziale del trattamento, in accordo con altre fonti di letteratura [35], è quello di rimuovere i fattori che bloccano lo sviluppo di una normale integrazione della personalità e non di forzarne, in qualche modo, la maturazione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Mindwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, *Int. J. Individ. Psychol.*, 1: 5-8.
6. ALEXANDER, F., FRENCH, T. (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*, Ronald Press, New York.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a ed., American Psychiatric Association, Washington, DC.
8. AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised Team Management, with or without Structured Psychotherapy, in Heavy Users of a Mental Health Service with Borderline Personality Disorder: a Two-Year Follow-up Preliminary Randomized Study, *BMC Psychiatry*, 11: 181-195.
9. AMMANITI, M., SERGI, G. (2002), Diagnosi e valutazione clinica in adolescenza, in AMMANITI, M. (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano.
10. ANDREWS-HANNA, J. R., MACKIEWICZ SEGETE, K., CLAUS, E. D., BURGESS, G., RUZIC, L., BANICH, M. T. (2011), Cognitive Control in Adolescence: Neural Underpinnings and Relation to Self-Report Behaviors, *PLoS ONE* 6: e21598.
11. BAVA, S., TAPERT, S. F. (2010), Adolescent Brain and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems, *Neuropsychol. Rev.*, 20: 398-413.
12. BERNSTEIN, D. P., COHEN, P., SKODOL, A., BEZIRGANIAN, S., BROOK, J. S. (1996), Childhood Antecedents of Adolescent Personality Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 153: 907-913.
13. BLATT, S. J., LUYTEN, P. (2009), A Structural-Developmental Psychodynamic Approach to Psychopathology: Two Polarities of Experience Across the Life Span, *Dev. Psychopathol.*, 21: 793-814.
14. BLOCK, J., GJERDE, P., BLOCK, J. (1991), Personality Antecedents of Depressive Tendencies in 18-Years Olds: a Prospective Study, *J. Person. Soc. Psychol.*, 6: 726-738.
15. BOLTERAUER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 7: 76- 84.
16. BREZO, J., BARKER, E. D., PARIS, J., HÉBEWRT, M., VITARO, F., TREMBLAY, R. E., TURECKI, G. (2008), Childhood Trajectories of Anxiousness and Disruptiveness as Predictors of Suicide Attempts, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 162 (11): 1015-1021.
17. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, The Guilford Press, New York.

18. CASPI, A. (1998), Personality Development Across the Lifespan, in DAMON, W. (a cura di), *Handbook of Child Psychology*, 5° ed., vol. 3, in EISENBERG, N. (a cura di), *Social, Emotional, and Personality Development*, Wiley, New York: 311-388.
19. CASPI, A., ELDER, G. E., HERBENER, E. (1990), Childhood Personality and the Prediction of Life-Course Patterns, in ROBINS, L. N., RUTTER, M. (a cura di), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*, Cambridge University Press, New York: 13-35.
20. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
21. DE CORO, A. (a cura di, 2002), *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*. Masson, Milano.
22. DEFIFE, J. A., HILSENROTH, M. J. (2005), Clinical Utility of Defensive Functioning Scale in the Assessment of Depression, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 193: 176-182.
23. DZIOBEK, I., PRESSLER, S., GROZDANOVIC, Z., HEUSER, I., HEEKEREN, H. R., ROEPKE, S. (2011), Neuronal Correlates of Altered Empathy and Social Cognition in Borderline Personality Disorder, *Neuroimage*, 57: 539-548.
24. ERIKSON, E. H. (1968), *Youth and Crisis*, tr. it. *Gioventù e crisi di identità*, Armando, Roma 1974.
25. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e Sé creativo: il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Dossier I*: 62-93.
26. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
27. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
28. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
29. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, CSRPE Edizioni, Torino.
30. FERRERO, A. (2011), "Dealing with Separation. Theoretical and Technical Issues of Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)", Main lecture, 25th Congress of International Association of Individual Psychology, Wien.
31. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., SIMONELLI, B. (2009), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Technical Issues for the Treatment of Aggressiveness in Patients with Borderline Personality Organization (BPO), *Pan. Min. Med.*, 51 (3, suppl.1): 39.
32. FERRERO, A., FASSINA, S. (2003), Aiutare i pazienti in analisi. Un contributo critico tra il pensiero di Alfred Adler e Sandor Ferenczi, in BOSCHIROLI, A., ALBASI, C. GRANIERI, A., *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*, *Radure*, VII: 243-255.
33. FERRERO, A., PELOSO, A. (2010), *L'utilizzo della psicoterapia nei disturbi psichici in adolescenza*, Documento non pubblicato.
34. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-38.
35. FOELSCH, P., ODOM, A. E., KERNBERG, O. F. (2008), Treatment of Adolescents with Identity Diffusion: a Modification of Transference Focused Psychotherapy, *Sant.*

Ment. Au Que, 33: 37- 60.

36. FONAGY, P., LUYTEN, P., BATENIAN, A., GERGELY, G., STRATHEARN, L., TARGET, M., ALLISON, E. (2010), Attachment and Personality Pathology, in CLARKIN, J. F., FONAGY, P., GABBARD, G. O. (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders, A Clinical Handbook*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA: 33-88.

37. FONAGY, P., TARGET, M. (2007), The Rooting of the Mind in the Body: New Links between Attachment Theory and Psychoanalytic Thought, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 411-456.

38. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press, Washington, DC.

39. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking Therapeutic Action, *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.

40. GOODMAN, M., NEW, A., SIEVER, L. (2004), Trauma, Genes and the Neurobiology of Personality Disorders, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1032:104-116.

41. GREENBERG, J. P. (2004), Gli ingredienti essenziali per una psicoterapia efficace: l'effetto dei fattori comuni, in GABBARD, G. O. (a cura di), *The Art and Science of Brief Psychotherapies. A Practitioner's Guide*, American Psychiatric publishing, Washington D. C.; Edizione italiana CSE, Torino 2006.

42. GUNDERSON, J. G. (1996), The Borderline Patient Intolerance of Aloneness: Insecure Attachment and Therapist Availability, *Am. J. Psychiatry*, 153: 752-758.

43. HERPERTZ, S. C. (2011), Contribution of Neurobiology to our Knowledge of Borderline Personality Disorder, *Nervenarzt.*, 82: 9-15.

44. JACOBSEN, T., HOFMANN, V. (1997), Children's Attachment Representations: Longitudinal Relations to School Behavior and Academic Competency in Middle Childhood and Adolescence, *Develop. Psychol.*, 33: 703-710.

45. JEAMMET, P. (2008), *Pour nos ados, soyons adultes*, tr. it. *Adulti senza riserva*, Raffaello Cortina, Milano 2009.

46. KERNBERG, P. F., WEINER, A. S., BARDENSTEIN K. K. (2000), *Personality Disorders in Children and Adolescents*, Basic Books, New York.

47. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Doss. II*, SAIGA, Torino 1990.

48. LASCH, C. (1979), *The Culture of Narcissism*, tr. it. *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano 1981.

49. LEIBOVICH, M. A. (1983), Why Short-Term Psychotherapy for Borderlines?, *Psychother. Psychosom.*, 39: 1-9.

50. LINGIARDI, V., DEL CORNO, F. (a cura di, 2008), *PDM Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.

51. LIVESLEY, J. (2008), Toward a Genetically-Informed Model of Borderline Personality Disorder, *J. Pers. Disord.*, 22: 42-71.

52. LOUIS HOFFMANN, L. (1990), L'incontro del terapeuta con se stesso, in AA.VV., *Aspetti generali del processo analitico*, *Indiv. Psychol. Dossier 2*: 145-156.

53. LUETHI, M., MEIER, B., SANDI, C. (2009), Stress Effects on Working Memory, Explicit Memory and Implicit Memory for Neutral and Emotional Stimuli in Healthy Men, *Front. Behav. Neurosci.*, 2: 5.

54. LYONS-RUTH, K., JACOBVITZ, D. (1999), Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Context and Developmental Transformation from Infancy to

Adulthood, in CASSIDY, J., SHAVER, P. R., *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford, New York.

55. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Crisi individuale e gruppo curante. Riproduzioni e metafore della costellazione familiare, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La costellazione familiare*, Tipografia Stampa, Brunello.

56. McCRAE, R., COSTA, P. (1997), Personality Trait Structure as a Human Universal, *Am. Psychologist*, 52: 509-516.

57. Mc KELVEY, L. M., WHITESIDE-MANSELL, L., BRADLEY, R. H., CASEY, P. H., CONNERS-BURROW, N. A., BARRETT, K. W. (2011), Growing up in Violent Communities: do Family Conflicts and Gender Moderate Impacts on Adolescents' Psychosocial Development?, *J. Abnorm. Child Psychol.*, 39: 95-107.

58. MITCHELL, S. A., BLACK, M. J. (1995), *Freud and Beyond. A History of Modern Psychoanalysis*, Basic Books, New York.

59. MOORES, K. A., CLARK, C. R., Mc FARLANE, A. C., BROWN, G. G., PUCE, A., TAYLOR D. J. (2008), Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-Neutral Information in Post-Traumatic Stress Disorder, *Psychiatry Res.*, 163: 156-170.

60. MORBACH, W. (2007), Die geteilte Wirklichkeit-Zur interaktionellen Dynamik der Abwehrmechanismen, *Z. f. Individualpsychol.*, 32: 107-126.

61. MOSAK, H. H., LEFEVRE, R. (1976), The Resolution of Intrapsychic Conflict, *J. Indiv. Psychol.*, 32: 19-26.

62. NORTHOFF, G., BERMPOHL, F., SCHOENEICH, F., BOEKER, H. (2007), How Does Our Brain Constitute Defense Mechanisms? First-Person Neuroscience and Psychoanalysis, *Psychother. Psychosom.*, 76: 141-153.

63. OFFER, D., KAIZ, M., HOWARD, K. I., BENNETT, E. S. (1998), Emotional Variables in Adolescence and Their Stability and Contribution to the Mental Health of Adult Men; Implications for Early Intervention Strategies, *J. Youth Adol.*, 27: 675-685.

64. OLBRICH, E. (1990), Coping and Development, in *Coping and Self Concept in Adolescence*, Springer-Verlag, Heidelberg.

65. PRESSLICH-TITSCHER, E. (1997), Borderline-Störungen: Wenn Gefühle abgespalten werden müssen, *Z. f. Individualpsychol.*, 22: 32-37.

66. PRESSLICH-TITSCHER, E. (2004), Welche Regeln bestimmen unser Handeln als Analytiker? *Z. f. Individualpsychol.*, 29: 294-305.

67. RACAMIER, P. C., CARRETIER, L. (1973), Organisation dynamique d'un foyer de cure, *Rev. Prat. de Psychol. de Vie Sociale et d'Hyg. Ment.*, 4: 411-428.

68. RAZNAHAN, A., LEE, Y., STIDD, R., LONG, R., GREENSTEIN, D., CLASEN, L., ADDINGTON, A., GOGTAY, N., RAPOPORT, J. L., GIEDD, J. N. (2010), Longitudinally Mapping the Influence of Sex and Androgen Signaling on the Dynamics of Human Cortical Maturation in Adolescence, *Proct. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, 107: 16988-16993.

69. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in PACHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.

70. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.

71. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.

72. ROVERA, G. G., FASSINA, S., FASSINO, S. (2009), Aspects with Psychosomatics Relevance in Recent Migrations, *Pan. Min. Med.*, 51 (3, suppl.1).

73. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, M.S., Torino.
74. SARACENO, C. (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
75. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 10: 226-236.
76. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beitr. z. Individualpsychol.*, 6: 90-99.
77. SHARP, C., PANE, H., HA, C., VENTA, C., PATEL, A. B., STUREK, J., FONAGY, P. (2011), Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents with Borderline Traits, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 50: 563-573.
78. SIEVER, L. J., WEINSTEIN, L. N. (2009), The Neurobiology of Personality Disorders: Implications for Psychoanalysis, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 57: 361-398.
79. SKODOL, A. E., BENDER, D. S. (2009), The Future old Personality Disorders, in DSM-V, *Am. J. Psychiatry*, 166: 388-391.
80. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of Time-limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates, *Am. J. Psychiatry*, 147: 1341-1347.
81. SROUFE, L. A., CARLSON, E., SHULMAN, S. (1993), Individuals in Relationships: Development from Infancy Through Adolescence, in FUNDER, D. C., PARKE, R., TOMLINSON-KEESEY, C., WIDAMAN, K. (a cura di), *Studying Live through Time: Approaches to Personality and Development*, Am. Psychol., Washington, DC.: 315-342.
82. STEFINI, A., GEISER-ELZE, A., HARTMANN, M., HORN, H., WINKELMANN, K., KRONMÜLLER, K. T. (2009), Attachment Style and Outcome in Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 59: 68-74.
83. STEINER, H., ERICKSON, S. J., Mc LEAN, P., MEDIC, S., PLATTNER, B., KOOPMAN, C. (2009), Relationship between Defences, Personality and Affect During a Stress Task in Normal Adolescence, *Child. Psychiatry Hum. Dev.*, 30: 107-119.
84. SUGARMAN, A. (2006), Mentalization, Insightfulness and Therapeutic Action. The Importance of Mental Organization, *Int. J. Psychoanal.*, 87: 965-987.
85. SUTHERLAND, K., BRYANT, R. A. (2008), Autobiographical Memory and Self-Memory System in Posttraumatic Stress Disorder, *J. Anxiety Disord.*, 22: 555-560.
86. SVRAKIC, D. M., LECIC-TOSEVSKY, D., DIVAC-JOVANOVIC, M. (2009), DSM Axis II: Personality Disorders or Adaptation Disorders, *Curr. Opin. Psychiatry*, 22: 111-117.
87. TENBRINK, D. (1998), Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23: 95-115.
88. TORGERSEN, S. (2005), Behavioral Genetics of Personality, *Curr. Psychiatry Rep.*, 7: 51-56.
89. WESTEN, D., CHANG, C. M. (1998), La patologia della personalità in adolescenza, in WESTEN, D., SHEDLER, J. (1998), *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)*, tr. it. WESTEN, D., SHEDLER, J., LINGIARDI, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, Raffaello Cortina, Milano.
90. WESTEN, D., SHEDLER, J. (1998), *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)*, tr. it. WESTEN, D., SHEDLER, J., LINGIARDI, V. (2003), *La valutazione*

della personalità con la SWAP-200, Raffaello Cortina, Milano.

91. WESTEN, D., SHEDLER, J., DURRETT, C., GLASS, S., MARTENS, A. (2003), Personality Diagnoses in Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses and Empirically Derived Alternative, *Am. J. Psychiatry*, 160: 952-966.

92. WINKELMANN, K., STEFINI, A., HARTMANN, M. A., KRONMÜLLER, A., SCHENKENBACH, C., HILDEGARD, H., KRONMÜLLER, K. T. (2005), Efficacy of Psychodynamic Short-Term Psychotherapy for Children and Adolescents with Behavioral Disorders, *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.*, 54: 598-614.

93. WINNICOTT, D. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.

94. WOLF, R. C., SAMBATARO, F., VASIC, N., SCHMID, M., THOMANN, P. A., BIENENTREU, S. D., WOLF, N. D. (2011), Aberrant Connectivity of Resting-State Networks in Borderline Personality Disorder, *J. Psychiatry Neurosc.*, 1, 36: 100-150.

95. YOUNGBLADE, L. M., CURRY, L. A. (2006), The People they Know: Links between Interpersonal Contexts and Adolescent Risky and Health-Promoting Behaviour, *Appl. Dev. Sci.*, 10: 96-106.

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