

Disturbi della personalità in adolescenza: trattamenti basati ed orientati alle evidenze

SIMONA FASSINA, BARBARA SIMONELLI, SILVANA LERDA, MASSIMO ROSA

Summary – PERSONALITY DISORDERS IN ADOLESCENCE: EVIDENCE-BASED AND EVIDENCE-ORIENTED TREATMENTS. The contribution intends to propose some reflections on the evidence about the treatment of personality disorders in adolescence. Starting from some preliminary considerations based on clinical experience, we have examined the publications, which have been indexed on Pub-Med in the last decade. Some indications and lines of intervention evidence-based and oriented are therefore summarized. Finally the treatment model of DPAA Center (ASL TO4, Settimo T.se, TO) is described, particularly referring to Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP).

Keywords: ADOLESCENZA, DISTURBI DI PERSONALITÀ, TRATTAMENTI BASATI E ORIENTATI ALLE EVIDENZE, SEQUENTIAL BRIEF ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (SB-APP)

I. Introduzione: sulla diagnosi di personalità in adolescenza

Consideriamo la personalità in adolescenza come un insieme relativamente stabile di modalità di funzionamento psichico del soggetto, in funzione della strutturazione e della regolazione del Sè-stile di vita, delle relazioni e dei comportamenti, del rapido e tumultuoso cambiamento adolescenziale, dell'incoerenza e della crisi (fase-specifica) nell'auto-percepirsi e nel progettarsi [21].

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico, nella sua seconda edizione, ha posto l'accento sul concetto di Stile/Disturbo di Personalità emergente, ovvero sull'opportunità di considerare gli aspetti riconducibili a pattern di funzionamento personologico che sono chiaramente riconoscibili in adolescenza e che possono risultare disfunzionali [1] rispetto ai compiti vitali fase-specifici [21].

Le difficoltà della diagnosi in adolescenza sono da riferirsi al fatto che alcuni disturbi del funzionamento di personalità in questa fascia d'età possono essere reversibili e di breve durata in ragione della variabilità e transitorietà di alcune concause che contribuiscono alla patologia sotto il profilo bio-psico-socio-culturale [21].

La gravità del disagio, inoltre, non è sempre correlabile ai sintomi: manifestazioni eclatanti non sempre corrispondono ad una condizione psicopatologica e non sempre la psicopatologia si manifesta in modo evidente [21].

Sintomi analoghi possono sottendere disturbi con etiopatogenesi 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) e sociale (eventi esistenziali, modelli socio-culturali come fattori pato-plastici) [21].

Risulta quindi fondamentale discriminare tra:

- crisi di identità (fase-specifica), che deriva da contraddizioni sul piano fisico e psicologico, rapidamente mutevoli (rapporti intimi, scelte lavorative, competizione, ruolo sociale), e che comporta il confronto tra la percezione di sé e la percezione di sé da parte degli altri;
- diffusione dell'identità, che deriva da una mancata risoluzione dei processi di individuazione/separazione e comporta instabilità/incoerenza della rappresentazione di Sé e degli Altri, una sovra-identificazione al gruppo e ai ruoli, difficoltà a progettare e a coinvolgersi [29].

I quadri clinici in adolescenza [42] possono quindi corrispondere a:

- forme di disagio che assomigliano a manifestazioni psicopatologiche dell'età adulta ma che rappresentano una variante para-fisiologica dell'adattamento fase-specifico: depressività, disforia, tendenza al ritiro sociale, inadeguatezza, ipersensibilità alle critiche, contemplazione narcisistica di sé, ruminazione intellettuale, impulsività, alterazioni del sonno, dell'appetito, eccitabilità;
- manifestazioni psicopatologiche esacerbate dal funzionamento adolescenziale: disregolazione emotiva (con automutilazioni e condotte impulsive), condotte antisociali, che possono stabilizzarsi come modalità psicopatologica permanente;
- manifestazioni psicopatologiche che corrispondono ai quadri diagnostici dell'età adulta;
- aree di inibizione comportamentale e dell'esperienza che devono essere oggetto di attenzione, in quanto non sempre l'assenza di sintomi è indice di salute mentale in adolescenza. L'inibizione delle attività di esplorazione, socializzazione, ricerca di sensazioni ed esperienze nuove può preludere a disturbi in età adulta (soprattutto dello spettro ansioso e depressivo).

A tale complessità diagnostica, corrisponde un'amplificata complessità nell'impostare trattamenti efficaci.

Si è pertanto ritenuto utile esplorare i dati e le informazioni disponibili in letteratura..

II. *I disturbi della personalità in adolescenza: un'analisi delle pubblicazioni*

Sono stati selezionate ed esaminate le pubblicazioni indicizzate su PubMed, relative al periodo compreso tra il gennaio 2009 e il settembre 2019, che includessero le parole chiave: *Adolescents/ce* and *Personality Disorders* in tutti i campi (titolo, abstract, testo). La ricerca ha fornito 1067 risultati.

Di questi, 529 sono risultati essere non pertinenti, in quanto, pur comparando nel testo le parole chiave, non trattavano effettivamente il tema in oggetto;

Sono inoltre state escluse 3 pubblicazioni in quanto non è stato possibile reperirne l'articolo nè l'abstract.

Viene quindi effettuata un'analisi dei contenuti delle restanti 539 pubblicazioni, che riguardano il tema dei disturbi di personalità in adolescenti e/o giovani adulti, considerando un range di età tra i 14 e i 24 anni.

Complessivamente si rilevano le seguenti pubblicazioni dedicate a specifici disturbi della personalità in adolescenza: 70 studi per il disturbo borderline, 6 per il narcisistico, 51 per l'antisociale, 7 per l'ossessivo-compulsivo, 2 per l'evitante, uno a tutti i disturbi del cluster C (evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo); 22 studi riguardano disturbi di area psicotica (di cui 4 dedicati all'autismo); il sadismo e il sadismo sessuale sono trattati in 2 studi, alla psicopatia sono dedicate 3 pubblicazioni.

Sono trattati disturbi di personalità in adolescenza in comorbilità con: disturbi dell'umore (21 pubblicazioni), sintomi e sindromi dello spettro ansioso (28 pubbl.), abuso e dipendenza da alcool e sostanze (27 pubbl.), Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) ed esiti da trauma, abusi, maltrattamenti, violenza (30 pubbl.), Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) (33 pubbl.), disturbi somatoformi (5 pubbl.), disturbi del sonno (3 pubbl.)

Il ruolo dei genitori e delle dinamiche familiari nell'etiopatogenesi è trattato specificatamente in 18 studi.

Sono incentrate su aspetti neurobiologici della personalità (e della sua patologia) 43 lavori.

Le pubblicazioni che prendono in esame aspetti epidemiologici sono 24;

- tra queste alcune riguardano specifici disturbi della personalità: 1 il disturbo borderline, 1 il disturbo narcisistico, 3 il disturbo antisociale (offenders e/o autori di reato);
- alcune invece trattano aspetti della personalità in rapporto a patologie e/o problematiche sociali specifiche: 2 riguardano adolescenti migranti o/o rifugiati; 1 riguarda

il tema del ritiro sociale, 1 per l'internet addiction, 1 lavoro esplora gli aspetti personologici di adolescenti che hanno contratto infezione perinatale da HIV, 1 per i disturbi somatoformi, 1 per i disturbi dell'umore, 1 per i disturbi d'ansia, 1 per abuso/dipendenze da alcool e/o sostanze, 1 per ADHD.

Le pubblicazioni che affrontano tematiche inerenti la prevenzione dei disturbi psichici in adolescenza, sempre con attenzione ad aspetti inerenti la personalità e la sua psicopatologia, sono in totale 17.

- Alcuni di questi si focalizzano su aspetti psicopatologici specifici: 1 per comportamenti distruttivi / violenza / aggressività / impulsività; 3 trattano il tema della prevenzione della suicidarietà; 2 riguardano la prevenzione dell'abuso/dipendenza da alcool e/o sostanze; 1 dei fenomeni di ritiro sociale e scolastico.

- Gli studi inerenti la prevenzione che approfondiscono specifiche metodologie di intervento psicoeducativi e psicosociali sono 9, di cui

- 2 prevedono anche interventi rivolti ai genitori,

- 1 risulta focalizzato su competenze che correlano con aspetti di funzionamento della personalità,

- 1 si attua attraverso un training cognitivo computerizzato.

Sono 97 gli studi che approfondiscono aspetti inerenti la diagnosi e l'assessment.

- Tra questi, 52 sono studi di validazione e/o approfondiscono l'utilizzo di specifici strumenti testistici (1 solo prevede il test di Rorschach).

- Alcuni lavori forniscono indicazioni e linee di indirizzo per l'assessment di specifici disturbi di personalità: 5 per il borderline, 5, 8 per l'antisociale, 1 per l'ossessivo-compulsivo, 7 per i disturbi di area psicotica (di cui 3 studi dedicati all'autismo).

- Alcuni lavori invece si focalizzano su specifiche caratteristiche psicopatologiche: 2 su comportamenti impulsivi, aggressivi, violenti; 2 sull'autolesionismo e 2 sulla suicidarietà.

- Il ruolo dei genitori e delle dinamiche intra-familiari nella diagnosi è preso in considerazione in 2 pubblicazioni.

- I lavori che approfondiscono l'importanza e le modalità per la diagnosi e l'assessment di aspetti inerenti il trauma, l'abuso, la violenza e/o i maltrattamenti subiti sono 7.

- Altri lavori approfondiscono invece l'assessment di altre patologie, in comorbidità con disturbo di personalità e/o in correlazione con aspetti patologici della personalità: 5 studi per Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), 5 per DNA, 1 per

abuso/dipendenza da alcool e/o sostanze, 6 inerenti sindromi e/o sintomi ansiosi, 4 inerenti sindromi e/o sintomi depressivi.

- Sempre per quanto riguarda gli studi inerenti la diagnosi e l'assessment, 25 di questi prendono in considerazione ed approfondiscono un qualche modello strutturale inerente il funzionamento della personalità.

Tra le pubblicazioni esaminate, 212 riguardano trattamenti rivolti ai disturbi della personalità in adolescenza.

- I trattamenti farmacologici sono descritti e analizzati in 15 studi; tra questa, solo 1 evidenza la non utilità/efficacia dei trattamenti farmacologici per i disturbi di personalità in adolescenza.

- Alle psicoterapie sono dedicati 208 lavori, con differenti livelli di approfondimento. 12 ampie ricerche sottolineano l'importanza di erogare psicoterapie strutturate validate; 8 di questi propongono rassegne dettagliate di psicoterapie con evidenze di efficacia. 10 studi considerano aspetti di processo aspecifici delle psicoterapie, non vincolati ad un particolare modello teorico.

□ Gli studi su trattamenti di orientamento psicodinamico sono complessivamente 31, di cui: sulla Psicoterapia psicodinamica 19, sulla Terapia psicoanalitica 5, inerenti la Transference Focused Psychotherapy (TFP) 3; la Adolescent Identity Treatment (AIT) è esaminata in 2 studi; viene inoltre dedicato 1 studio rispettivamente al Psychoanalytic-Interactional Method (PIM) ed alla Integrative-Dynamic Therapy.

□ La Dialectical Behavioural Therapy (DBT) è trattata in 30 pubblicazioni.

□ Lo stesso numero di studi (30) è dedicato alla Cognitive Behavioural Therapy (CBT). Ulteriori 20 contributi riguardano altre terapie di orientamento cognitivo-comportamentale, tra i quali si segnala uno studio sulla Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy (che risulta essere focalizzata sul funzionamento strutturale della personalità e non sull'espressività sintomatologica dei vari disturbi).

□ La Mentalization Based Therapy (MBT) è analizzata in 20 pubblicazioni.

□ Al Mindfulness Based Stress Reduction programme (MBSR) sono dedicati 3 studi.

□ Sono dedicati 16 studi alla Multisystemic Therapy.

□ La Schema Therapy è trattata in 5 pubblicazioni.

□ Alla Psicoterapia Interpersonale sono dedicati 3 lavori.

□ Ulteriori modelli di intervento psicoterapeutico che compaiono tra i lavori esaminati sono: la Cognitive analytic therapy (CAT) (2 studi), la Narrative Exposure Therapy (2 studi), 1 studio rispettivamente per Positive Psychotherapy (PPT) group, Iconic Therapy, Neurofeedback therapy.

- Sono 7 le ricerche che sostengono l'importanza ed efficacia di trattamenti integrati multidisciplinari: tra questi compaiono il Cologne Adaptive Multimodal Treatment, lo Helping Young People Early, la Multidimensional Family Therapy.

- Gli interventi psicoeducativi e/o psicosociali e/o psicoriabilitativi (anche in articolazione con psicoterapie strutturate) sono approfonditi in 12 studi.

- Sono 11 i lavori che considerano trattamenti di gruppo.

- 13 studi riguardano psicoterapie brevi e/o si focalizzano su un tempo limitato.

- Gli interventi per genitori e/o famiglie sono approfonditi e raccomandati in 27 pubblicazioni.

- Interventi in contesti di ospedalizzazione, residenzialità e domiciliarità sono descritti e analizzati in 9 lavori.

- Sono dedicati alle terapie con animali 2 studi.

- Sono documentate 5 metodologie di intervento attuate attraverso strumenti informatici (applicazioni per cellulare e/o programmi computerizzati on/off line).

- Tra gli studi inerenti i trattamenti, alcuni descrivono terapie rivolte a specifici disturbi di personalità: 32 per il disturbo borderline, 22 per l'antisociale, 4 per l'ossessivo-compulsivo, uno studio è inoltre dedicato a tutti i disturbi del cluster C (evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo), 2 riguardano i disturbi di area psicotica.

- Sono dedicati ad analizzare i drop-out dai trattamenti in diverse condizioni 13 studi.

- Le pubblicazioni su terapie orientate al trattamento di specifici quadri sindromici/sintomatologici in comorbilità con disturbo di personalità riguardano: disturbi dell'umore (7 studi), sintomi e sindromi dello spettro ansioso (15 studi), disturbi legati alla dipendenza da alcool e/o sostanze (11 studi), PTSD ed esiti da trauma, abusi, maltrattamenti, violenza (10 studi), DNA (9 studi), ADHD (6 studi).

- Alcuni lavori trattano invece di terapie orientate alla gestione di specifici aspetti psicopatologici in disturbi della personalità: 9 studi per le condotte autolesive e 13 per la suicidarietà; al trattamento dei comportamenti aggressivi, violenti e/o impulsivi sono

dedicati 6 studi, al ritiro sociale e/o scolastico 4 studi, per il trattamento delle internet addiction 3 studi; uno studio per il mutismo selettivo e due rivolti al cambiamento di tratti di perfezionismo; inoltre 2 studi sono incentrati sul trattamento di adolescenti con patologia oncologica (attiva o residuale).

- Gli studi su terapie che approfondiscono un modello di funzionamento strutturale della personalità sono 19.
- I lavori in cui sono descritti e/o approfonditi aspetti inerenti il processo terapeutico sono 28; tra questi, 13 dedicano particolare attenzione alla relazione / alleanza terapeutica.

Le pubblicazioni che, complessivamente, approfondiscono aspetti di funzionamento strutturale della personalità, con riferimento a differenti modelli teorici ed etiopatologici, sono 105.

Le pubblicazioni che esplicitano il riferimento ad orientamenti psicodinamici (e/o psicoanalitici) sono complessivamente 67.

Gli studi che pongono particolare attenzione alle funzioni di mentalizzazione sono 36.

Le tipologie di ricerche rappresentate tra le pubblicazioni selezionate sono: 18 RCT (studi randomizzati controllati), 12 studi naturalistici, 6 case series, 12 single-cases, 5 studi che indagano il rapporto costi-benefici dei trattamenti (cost-effectiveness).

Le pubblicazioni esaminate, inoltre, pongono attenzione a temi psicopatologico clinici di rilevanza sociale: trattano il tema dell'autolesionismo e della suicidarietà 49 pubblicazioni; i comportamenti impulsivi, aggressivi e violenti sono attenzionati in 72 lavori; il ritiro sociale e scolastico è oggetto di 14 studi; inoltre 4 ricerche riguardano l'impatto della violenza sociale sull'adolescenza, considerando giovani migranti, rifugiati, adolescenti soldati. L'internet addiction è trattata in 3 studi; 2 sono dedicati alla dipendenza da gioco e 2 ai comportamenti sessuali a rischio.

L'importanza della formazione degli operatori e della supervisione è frequentemente raccomandata; tuttavia essa è oggetto di specifica attenzione, in rapporto agli esiti dei trattamenti, in soltanto 2 studi.

I limiti e le opportunità di implementare questa analisi riguardano l'aver selezionato le pubblicazioni da un unico motore di ricerca (PubMed); inoltre in alcuni casi non è stato possibile esaminare i lavori in esteso (ma esclusivamente l'abstract).

In base ai dati rilevati, si propongono comunque alcune considerazioni.

Ai disturbi del cluster B viene dedicata la maggiore attenzione dei ricercatori e dei clinici, probabilmente in rapporto all'elevato utilizzo di risorse sanitarie che essi comportano e ad alcuni aspetti di allarme sociale per i comportamenti aggressivi e violenti che spesso li caratterizzano. Andrebbe però considerato il rischio di sottostimare e sottovalutare l'impatto dei disturbi del cluster C, anche in termini di costi per la salute pubblica.

Si conferma il trend di un minor numero di ricerche disponibili sugli approcci di orientamento psicodinamico rispetto a quelli di area cognitivo-comportamentale.

Sono ancora relativamente pochi gli studi che approfondiscono gli aspetti etiopatogenetici e le caratteristiche di funzionamento strutturale dei disturbi di personalità in adolescenza, rispetto alle procedure diagnostiche ed all'impostazione degli interventi. Questa sembra tuttavia essere la sfida che coinvolge i clinici e i ricercatori, trasversalmente alle differenti appartenenze di scuola, in quanto appare imprescindibile la necessità di provvedere a trattamenti "tailored", personalizzati e attuali rispetto al contesto socio-culturale.

Appaiono di grande interesse gli aspetti neurobiologici che concorrono all'etiopatogenesi e correlano con i disturbi; gli aspetti inerenti al trauma sono ampiamente esplorati; il ruolo delle dinamiche intrafamiliari è specificatamente approfondito in un numero circoscritto di studi selezionati in questo campione.

Sono inoltre ancora pochi gli studi che approfondiscono il processo psicoterapeutico; questo rappresenta certamente una linea di sviluppo della ricerca, così come già avviene per i trattamenti rivolti agli adulti, con particolare attenzione agli aspetti inerenti la relazione terapeuta-paziente.

Sono tuttavia disponibili ampi dati che consentono al clinico di orientare il trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza, sia in termini di interventi che dispongono di solide evidenze di efficacia, sia in termini di pratiche cliniche evidence-oriented, ovvero che si basano su dati e informazioni che provengono da metodologie di ricerca epistemologicamente coerenti con la complessità dell'oggetto di studi, ovvero la cura della sofferenza umana.

III. Considerazioni sul trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza

Tra i numerosi lavori selezionati, risultano di particolare interesse quelli che sottolineano l'importanza di una diagnosi psicodinamica, che possa aiutare il clinico ad individuare le aree disfunzionali e gli obiettivi di cambiamento.

L'intensità emozionale dell'adolescenza, legata sia ad aspetti evolutivi che psicopatologici, costituisce un'indicazione alla psicoterapia per molti adolescenti. Essi tendono a resistere ad un attaccamento a lungo termine, che può ingaggiarli in relazioni ambigue; è piuttosto indicata un'esperienza relazionale che possa incoraggiare e sostenere le istanze di indipendenza e separazione.

Le psicoterapie brevi o comunque a tempo limitato (con la consapevolezza del termine del trattamento) promuovono quindi il lavoro terapeutico sulle dinamiche (relazionali ed intrapsichiche) di autonomia/dipendenza, proprio perché stressano la necessità di focalizzarsi sui processi di separazione-individuazione.

Il rapido investimento relazionale tipico dell'adolescenza favorisce il processo terapeutico nelle psicoterapie a tempo limitato, a condizione che il terapeuta sappia tollerare le identificazioni multiple di cui è transferalmente investito, mantenere un interesse autentico per la mente del paziente ed una modalità relazionale attiva.

Trovano conferme negli studi esaminati le considerazioni di Shefler, il quale, già nel 2000, segnalava come la psicoterapia psicodinamica breve possa essere considerata come trattamento elettivo per molti adolescenti, in quanto minimizza il rischio del coinvolgimento in relazioni regressivizzanti ed è molto responsiva rispetto alle istanze evolutive [39].

maggiormente efficaci in adolescenza le psicoterapie che sono “focalizzate”, “targeted” su problematiche specifiche [43].

Tra le pubblicazioni qui esaminate, appare particolarmente significativo il lavoro di Conolly Gibbons e coll. [13], che esamina i meccanismi di cambiamento che impattano sugli esiti in differenti tipi di trattamenti (cognitivisti e psicodinamici) rivolti agli adolescenti. L'Autore evidenzia come particolarmente rilevanti: implementare la autoconsapevolezza, promuovere skills compensatorie, incrementare la stabilità dell'immagine di Sè.

Altrettanto rilevanti appaiono gli studi che pongono attenzione alle funzioni di mentalizzazione.

IV. Approccio integrato nel trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza. L'esperienza del Centro DPAA, ASL TO4, Settimo T.se

Il Centro Integrato per la prevenzione e il trattamento dei Disturbi della Personalità in Età Adulta e in Adolescenza – DPAA- (DSM, ASL TO4, Direttore dott. Massimo Rosa) approccia il trattamento a partire da un assessment diagnostico che si avvale di colloqui clinici, test sintomatologici e personologici, e di una valutazione del funzionamento della personalità attraverso la PFL-RS (Psychopathological Functioning Level – Rating Scale) [22]; ciò al fine di giungere ad una formulazione del caso [33] funzionale all'impostazione del progetto clinico.

In collaborazione con la SC Prevenzione, il Centro promuove ed eroga sul territorio attività di promozione della salute.

I trattamenti, in articolazione con i Centri di Salute Mentale (CSM), i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e di Psicologia dell'Età Evolutiva (PEE), prevedono la possibilità di articolare la (eventuale) terapia farmacologica, interventi di sostegno sociale ed educativi sul territorio, interventi di gruppo psicoeducativi e psicoriabilitativi, interventi di counseling individuale o psicoeducativi di gruppo rivolti ai genitori, oltre, ovviamente alla psicoterapia.

La funzione di management clinico resta assegnata ai servizi di primo livello (CSM, NPIAA, PEE); i trattamenti specificatamente dedicati sono erogati dal Centro DPAA.

Gli interventi di gruppo per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità si riferiscono al modello di intervento: G-APP (Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation) [41].

Tale percorso, della durata di 10 incontri, si avvale di strategie e strumenti che si riferiscono al processo di incoraggiamento così come è inteso nel modello adleriano [2, 14, 37, 38], alle funzioni di mentalizzazione [5, 6, 24, 25, 26] e di mindfulness [7, 9, 10, 15, 16, 40].

Un gruppo psicoeducativo, della durata di 10 incontri, teso a implementare le risorse di mentalizzazione è proposto prima dell'avvio della psicoterapia.

Un gruppo psico-riabilitativo, anch'esso in 10 incontri, è proposto dopo il percorso psicoterapeutico; è focalizzato sulle life-skills [45, 46] e intende consolidare gli esiti della psicoterapia, proponendo stimoli tesi a promuovere un collaudo creativo delle consapevolezze di Sé e delle competenze maturate nel corso della psicoterapia [3, 17, 18].

I trattamenti psicoterapeutici proposti si riferiscono al modello delle APPs: Adlerian Psychodynamic Psychotherapies [22].

V. Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) nel trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza

Le APPs [22] riconoscono il loro fondamento teorico nella Psicologia Individuale, fondata da Alfred Adler nel 1911. L'impostazione psicodinamica della Psicologia Individuale precorre molti degli sviluppi odierni di altri modelli teorici, risultando coerente con le più attuali acquisizioni nell'ambito delle neuroscienze.

Le APPs: Adlerian Psychodynamic Psychotherapies [22] costituiscono un modello di intervento psicoterapeutico basato su una comprensione dinamica della psicopatologia, specificatamente orientata secondo il riconoscimento di diversi Livelli di Funzionamento Psicopatologico del paziente [23].

La psicopatologia è considerata come risultato di un processo cui concorrono vulnerabilità biologiche e psicosociali, sia in senso intrapsichico (dimensione dell'inconscio), che ambientale e relazionale. La possibilità di individuare i punti di forza e le aree di maggiore disfunzionalità del paziente consente di modulare gli interventi terapeutici "su misura" del paziente [4, 31, 44].

Gli obiettivi clinici sono rivolti a modificare non solo i sintomi, ma anche aspetti significativi del funzionamento del paziente, sostenendo e rinforzando nel contempo le risorse più adattive. Un'attenta comprensione diagnostica è quindi funzionale ad individuare obiettivi di cambiamento intrapsichico, perseguibile attraverso l'utilizzo di strumenti tecnici diversificati e la modulazione della relazione terapeutica [18].

L'organizzazione di personalità è infatti implicata nella strutturazione del sé, nella regolazione della cognizione, degli affetti e degli impulsi, nella qualità delle relazioni [28], determinandone il livello di menomazione e influenzando quindi la psicopatologia. La possibilità di individuare i punti di forza e le aree di maggiore disfunzionalità del paziente risulta particolarmente importante in adolescenza, in considerazione della necessità di sostenere il processo individuativo.

La Psychopathological Functioning Levels Rating Scale (PFL-RS) [23] è uno strumento clinician report teso ad individuare, su 7 livelli di gravità, il funzionamento del paziente in 5 aree: Identità (ID), ovvero l'individuazione di aspetti di deficit della struttura primaria del sé e/o di disregolazioni conflittuali; Comprensione (CO), ovvero differenti capacità di mentalizzazione e di orientare l'attenzione esecutiva in senso progettuale; Emozioni Negative (EM), ovvero la qualità, la differenziazione, la stabilità e la rispondenza delle emozioni negative; Azione – Regolazione dei comportamenti (AR), ovvero la rilevazione di eventuali tendenze all'inibizione comportamentale o all'impulsività auto/eterodiretta, e la tendenza ad agire i vissuti psichici; Competenze sociali (SS), ovvero le problematiche inerenti la qualità e la costanza delle relazioni sociali e le difficoltà a modulare la distanza relazionale [23].

Il modello delle APPs prevede quindi la possibilità di impostare trattamenti con setting differenziati.

Nella prassi dei Servizi e in ragione del compito evolutivo in adolescenza appare particolarmente fruibile la proposta della SB-APP, che prevede cicli di 40 sedute a cadenza settimanale [20, 22].

La proposta di una psicoterapia a tempo limitato, centrata su un focus dinamico che è individuato a partire dai PFL, è infatti coerente con l'opportunità di promuovere integrazione dei diversi aspetti della personalità e di sostenere i processi di individuazione di autonomia che sono peculiari in adolescenza.

Il setting prevede che tutte le altre necessità cliniche, incluse le strategie di intervento sulla crisi, siano demandate ad uno o più operatori, diversi dalla figura del terapeuta. Il setting, rigoroso nei suoi aspetti formali, è infatti funzionale a proteggere lo spazio della psicoterapia, come opportunità di esplorazione e mentalizzazione dei vissuti emotivi e quindi di elaborazione simbolica dei significati dell'esperienza. La flessibilità del terapeuta nel modulare la distanza relazionale e il proprio setting interno risulta di particolare importanza nel lavoro con gli adolescenti, che spesso sollecita in modi significativi le dinamiche di atteggiamenti e controatteggiamenti implicati nella relazione terapeutica.

La psicoterapia può quindi rappresentare per i ragazzi uno spazio dedicato e protetto, un luogo dove poter pensare, differenziato rispetto agli spazi dedicati ad altri bisogni (clinici, educativi, riabilitativi).

La condivisione delle regole del setting e degli obiettivi generali della psicoterapia con i genitori e con gli altri operatori che intervengono nel progetto clinico risulta quindi di fondamentale importanza.

Il processo delle APPs [20, 22] si articola lungo **un asse degli obiettivi**, che implica la possibilità di agire in senso maggiormente mutativo rispetto ad aspetti disfunzionali o conservativo rispetto alla necessità di proteggere e promuovere risorse.

In ottica psicodinamica, le specifiche modalità (inconscie) con cui il soggetto affronta le difficoltà, proteggendosi dall'angoscia, sono i meccanismi di difesa, che si collocano in una gerarchia di funzionamenti più o meno adattivi [29, 35], regolano l'esperienza di Sé [34] e delle relazioni, correlano con la qualità e la gravità della patologia [11, 12, 32].

Il cambiamento nell'assetto dei meccanismi di difesa correla con il cambiamento della sintomatologia [45].

I meccanismi di difesa correlano con i drop-out, possono guidare le scelte tecniche del terapeuta, sono in relazione con la qualità della Alleanza Terapeutica [12].

Un'analisi degli obiettivi clinici generali di una psicoterapia deve pertanto essere sottesa dalla comprensione dei meccanismi di difesa che sostengono l'impianto psicopatologico.

Un secondo asse su cui si articola il processo terapeutico delle APPs riguarda le **strategie relazionali**, che devono essere modulate lungo un continuum che va da un polo maggiormente intensivo (in cui il terapeuta privilegia una posizione incoraggiante di ricerca, lasciando spazio al paziente di sperimentarsi nella relazione terapeutica), ad un polo maggiormente supportivo (in cui il terapeuta assume una posizione incoraggiante di offerta, proponendo attivamente il proprio contributo al paziente nell'affrontare i problemi nel qui ed ora della seduta).

Un terzo asse riguarda la possibilità di scegliere **strumenti tecnici differenziati** (interpretazioni, confronti, chiarificazioni, incoraggiamento a elaborare, convalidazione empatica, consigli, prescrizioni e conferme) posti anch'essi lungo un continuum, con valenza maggiormente esplorativa (ovvero tesi a favorire connessioni del vissuto cosciente ad elementi dinamicamente inconsci o non integrati) oppure maggiormente validante (ovvero tesi a promuovere il riconoscimento e l'importanza di determinati vissuti, situazioni o comportamenti) [19, 20, 22, 30].

La possibilità di modulare gli interventi tecnici «su misura» del paziente, implica il non assegnare a priori una valenza mutativa o conservativa ai diversi strumenti, in quanto l'efficacia mutativa o conservativa di un intervento è correlata all'organizzazione di personalità, ai diversi livelli di funzionamento, all'assetto delle difese, ai diversi stili di personalità.

Nell'articolazione e costante revisione del progetto clinico e della conduzione della psicoterapia assume particolare importanza la possibilità di prevedere spazi di formazione continua e di supervisione, sia per quanto riguarda gli aspetti teorico-metodologici, sia per quanto riguarda gli aspetti emotivi del lavoro terapeutico [8].

La possibilità per gli operatori di condividere uno spazio per coordinare il progetto clinico, per pensare insieme e per accogliere la mente del paziente assume particolare rilevanza rispetto all'efficacia dei trattamenti rivolti agli adolescenti con disturbo di personalità.

VI. Conclusioni

Le evidenze fornite dalla ricerca informano l'attività clinica che, a sua volta, può e deve orientare e indirizzare la ricerca. In questo ambito, le attuali metodologie, orientate ai paradigmi della complessità, forniscono la possibilità di esplorare non soltanto gli esiti ma anche i processi dei trattamenti.

L'offerta terapeutica dei servizi, pur in conto delle difficoltà organizzative che talvolta si incontrano, può e deve dotarsi di metodologie di intervento coerenti con le evidenze di efficacia disponibili in letteratura.

Il paradigma adleriano, inteso come modello di rete e rete di modelli [36] risulta particolarmente fruibile a fronte della necessità di organizzare ed erogare interventi rivolti agli adolescenti con disturbi della personalità. Esso risulta infatti funzionale a sostenere i processi di sviluppo del Sé creativo [17], in un'ottica di integrazione degli aspetti bio-psico-socio-culturali, che caratterizzano il funzionamento degli individui e, particolarmente, degli adolescenti, a fronte di compiti vitali che, nel contesto ambientale attuale, si configurano come altamente complessi.

Il principio di integrazione si pone quindi come concetto fondante il progetto clinico e i singoli interventi, in quanto sottende l'obiettivo clinico di integrare i diversi aspetti di funzionamento della personalità in evoluzione, che si configura come sintesi dei compiti vitali fase-specifici in adolescenza.

Bibliografia

1. AA.VV. (2018), *PDM2 - Manuale Diagnostico Psicodinamico*, a cura di Lingiardi, V., McWilliams, N., Raffaello Cortina, Milano.
2. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
3. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
4. ALLEN, J. G., GABBARD, G. O., HORWITZ, L. (1998), *Psicoterapia su misura. Pazienti borderline e patologie mentali gravi*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
5. ALLEN, J. G., FONAGY, P. (2006), *Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008.
6. ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
7. ALTMAIER, E., MALONEY, R. (2007), An Initial Evaluation of a Mindful Parenting Program, *J. Clin. Psych.*, 63: 1231-1238.
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. BAZZANO, A., WOLFE, C., ZYLOVSKA, L. ET ALII (2010), Stress-Reduction and Improved Well-Being Following a Pilot Community-Based Participatory MindfulnessBased Stress-Reduction (MBSR) Program for Parents/Caregivers of Children with Developmental Disabilities, *Disability and Health J.*, 3: 6-7.
10. BÖGELS, S. M., LEHTONEN, A., RESTIFO, K. (2010), Mindful Parenting in Mental Health Care, *Mindfulness*, 9: 1-14.
11. BOND, M. (2004), Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change, *Harv. Rev. Psychiatry*, 12(5): 263-78.
12. BOND, M., PERRY, J. C. (2004), Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 161(9), 1665-1671.
13. CONNOLLY GIBBONS, M. B., CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P., WILTSEY STIRMAN, S., GALLOP, R., GOLDSTEIN, L. A., TEMES, C. M., RINGKURTZ, S. (2009), Unique and Common Mechanisms of Change across Cognitive and Dynamic Psychotherapie, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 77(5): 801-813.
14. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
15. DUMAS, J. E. (2005), Mindfulness-Based Parent Training: Strategies to Lessen the Grip of Automaticity in families with Disruptive Children, *J. Clin. Child and Adolescent Psych.*, 34: 779-791.

16. EYBERG, S. M., GRAHAM-POLE, J. R. (2005), Mindfulness and Behavioral Parent Training: Commentary, *J. Clin. Child and Adolescent Psych.*, 34: 792-794.
17. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-64.
18. FASSINO, S. (2015), Cosa è essenziale per il cambiamento in psicoterapia? *Newsletter SIPM*, 13-14.
19. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *PanMin. Med.*, 50: 1-11.
20. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
21. FERRERO, A. (2012), Specificità della patologia borderline in adolescenza e possibili riflessioni sulle strategie di comunicazione-relazione nel trattamento con la Sequential Brief - Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP), *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 35-58.
22. FERRERO, A. (2018), *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*, ASIIP, Croydon (London).
23. FERRERO A., SIMONELLI B., FASSINA S., CAIRO E., ABBATE-DAGA G., MARZOLA E., FASSINO S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
24. FONAGY, P. (1991), Thinking about Thinking: Some clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, tr. it. Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 29-56, 2001.
25. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), Attachment and Reflective Function: their Role in Self-Organizations, tr. it. Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 101-136, 2001.
26. FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., MATTON, C., TARGET, M. (1995), Attachment, the Reflective Self and Borderline States, tr. it. Attaccamento, Sé Riflessivo e disturbi borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 57-100, 2001.
27. GABBARD, G. O. (2010), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.
28. KERNBERG, O. F., CALIGOR, E. (2005), A psychoanalytic theory of personality disorders, in LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, F. editors, *Major theories of personality disorders*, 2nd ed., Guilford, New York.
29. KERNBERG, P., WEINER ALLAN, S., BARDENSTEIN KAREN, K. (2001), *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Fioriti Ed., Roma.

30. KERNBERG, O. F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., VOTH, H. (1972), Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project Research Project, *Bull. Menninger Clinic*, 36: 1-275.
31. LAMBERT, M. J., OGLES, B. M. (2004), The efficacy and effectiveness of psychotherapy, in LAMBERT, M. J., (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5th ed, John Wiley and Sons, New York, pp. 139-193.
32. LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (2002), *I meccanismi di difesa. Teoria e clinica e ricerca empirica*, Raffaello Cortina, Milano.
33. MC WILLIAMS, N. (2002), *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano
34. MORBACH, W. (2007), Die geteilte Wirklichkeit: Zur interakti-onellen Dynamik der Abwehrmechanismen, *Z Individ.*, 32: 107-126.
35. PERRY, J. C. (1986), *Defense Mechanism Rating Scales, 4th ed.*, Harvard University Press, Cambridge.
36. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Min. Med.*, 1: 1-19.
37. ROVERA, G. G. (1999), Pratiche di consultazione. Aspetti generali, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
38. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
39. SHEFLER, G. (2000), Time-Limited Psychotherapy With Adolescents, *J. Psychother. Pract. Res.*, 9(2): 88-99.
40. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
41. SIMONELLI, B., CAIRO, E., FASSINA, S., FERRERO, A. (2011), G-APP. Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 77-102.
42. SPERANZA, M., WILLIAMS, R. (2014), Fare diagnosi nell'infanzia e in adolescenza, in LINGIARDI, V., GAZZILLO, F. (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi*, Raffaello Cortina, Milano.
43. WEISZ, J. R., WEISS, B., HAN, S., GRANGER, D. A., MORTON, T. (1995), Effects of Psychotherapy With Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies, *Psychological Bulletin*, 117(3): 450-468.
44. WESTEN, D., MORRISON, K., THOMPSON, B. (2004), The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting controlled clinical trials, *Psychological Bulletin*, 130: 631-663.
45. WINSTON, A., LAIKIN, M., POLLACK, J., WALLER SAMSTAG, L., MCCULLOUGH, L., MURAN, J. C. (1994), Short-term Psychotherapy of Personality Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 151: 190-194.
46. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994), *The development and dissemination of life skills education*, WHO/MNH/PSF/94, 7. WHO, Geneva.

47. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Life skills education: Planning for research*, WHO/MNH/PSF/96.2 Rev. 1. WHO, Geneva.

Questo articolo è stato concepito come una riflessione a partire da un'analisi della letteratura, e non come una revisione sistematica vera e propria. Gli Autori sono comunque a disposizione, per chi fosse interessato, a fornire l'elenco completo delle voci bibliografiche cui si fa riferimento nel testo.

Simona Fassina
Via Verzuolo 49
I-10139 Torino
E-mail: simonafassina@hotmail.com

Barbara Simonelli
Via G. Verdi 47
I-10124 Torino
E-mail: barbara.simonelli@tiscalinet.it

Silvana Lerda
Corso Massimo d'Azeglio 108
I-10126 Torino
E-mail: slerda@aslto4.piemonte.it

Massimo Rosa
Via Blatta 10
I- 10034 Chivasso (TO)
E-mail: mrosa@aslto4.piemonte.it