

CASO CLINICO

Il trattamento psicoterapeutico del disturbo borderline in adolescenza: narrazione di un caso clinico

Ilaria Monticone¹, Marusca Arcangeletti¹

¹ A.S.P.I.C.

ABSTRACT

The diagnosis of borderline personality disorder has always been a process of difficult evaluation in adolescence on the grounds that the latter mentioned phase displays characteristics similar to those observed in borderline personality disorder such as emotional, behavioral and interpersonal dysregulation. In any case, research in recent years has demonstrated that borderline personality disorder begins in adolescence, and this is why it is important to effectuate an early diagnosis combined with effective psychotherapeutic treatment. In the following article we will describe the clinical case of an adolescent with borderline personality disorder with the objective to illustrate the psychotherapeutic treatment based on the Integrated Pluralistic Model. The specificity of the multi-faceted model, that connects clinical phenomenology and humanistic psychotherapy, is to utilize diverse theories and techniques of intervention, which in our case, have been adapted to the intervened changes in the adolescent and to the objectives within the therapeutic project.

KEYWORDS

Borderline personality disorder, adolescence, emotional dysregulation, impulsivity, psychotherapeutical treatment, integrated pluralistic model.

ABSTRACT IN ITALIANO

La diagnosi del Disturbo Borderline di Personalità in età adolescenziale è sempre stata un processo di difficile valutazione poiché tale fase presenta caratteristiche affini a quelle riscontrate nel disturbo borderline di personalità come disregolazioni emotive, comportamentali e interpersonali. Tuttavia, negli ultimi anni, la ricerca ha dimostrato che il disturbo borderline di personalità esordisce proprio nel periodo adolescenziale e per questo è importante effettuare una diagnosi precoce abbinata ad un intervento psicoterapeutico efficace. Nel seguente articolo descriveremo il caso clinico di un'adolescente borderline con l'obiettivo di illustrare il trattamento psicoterapeutico basato sul Modello Pluralistico Integrato. La specificità del modello eclettico, che collega la fenomenologia clinica e la psicoterapia umanistica è quella di utilizzare nella pratica clinica diverse teorie e tecniche d'intervento che, nel nostro caso, sono state adeguate ai cambiamenti intervenuti nell'adolescente e agli obiettivi da raggiungere all'interno del progetto terapeutico.

PAROLE CHIAVE

Disturbo borderline, adolescenza, disregolazione emotiva, impulsività, trattamento psicoterapeutico, modello pluralistico integrato.



Citation

Monticone I., Arcangeletti M. (2022).
Il trattamento psicoterapeutico
del disturbo borderline in adolescenza:
narrazione di un caso clinico
Phenomena Journal, 4, 92-108.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.177>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Ilaria Monticone
ilaria_monticone@hotmail.com

Ricevuto: 24 ottobre 2022

Accettato: 2 dicembre 2022

Pubblicato: 2 dicembre 2022



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

Negli ultimi anni la ricerca si è dedicata molto, compiendo grandi progressi, alla comprensione del Disturbo Borderline di Personalità in Adolescenza (DBP-A) [1,2,3,4]. Le ricerche epidemiologiche hanno stimato che il DBP ha una frequenza nella popolazione generale che va dal 2% al 5% [5], con una maggiore presenza nelle donne (75% - 80%) soprattutto di giovane età. Questo contributo empirico ha guidato ricercatori e clinici a definire il DBP nella fase evolutiva, non come una diagnosi controversa ma come una condizione di cui finalmente poter parlare [6]. Uno dei risultati più importanti emersi dalla ricerca è che il DBP esordisce in adolescenza [7], presentando le stesse caratteristiche che sono riscontrabili nell'adulto, come l'alterazione dell'umore, i comportamenti impulsivi, tra cui l'abuso di sostanze e il *self-cutting* una forma di autolesionismo non suicidario (danneggiare il proprio corpo intenzionalmente attraverso dei tagli con il proposito di ridurre emozioni negative come tensione, ansia e autorimprovero e/o di risolvere una difficoltà interpersonale) [8]. Il DBP-A si esprime in modo trasversale coinvolgendo il piano affettivo attraverso la disregolazione emozionale, il piano cognitivo attraverso i disturbi dell'identità, il piano comportamentale attraverso l'*acting out* e il piano interpersonale attraverso relazioni sociali e personali intense e instabili. Durante il periodo dell'adolescenza, i giovani subiscono forti cambiamenti fisici, emotivi e sociali in cui l'immagine di sé, costruita fino a quel momento, viene rivisitata e sostituita con una nuova passando attraverso dei compiti evolutivi: il processo di separazione-individuazione, la mentalizzazione del sé corporeo, la definizione e la formazione di valori di riferimento, la nascita come soggetto sociale [9]. Anche gli studi neuroscientifici hanno evidenziato come in questa fase evolutiva si verificano cambiamenti cerebrali, strutturali e funzionali molto simili ai marcatori neurobiologici del DBP per gli adulti [10]. Tuttavia, non tutti gli adolescenti sviluppano il DBP; molti di loro sono resilienti più di altri nell'affrontare e gestire le sfide. La genesi del DBP è multifattoriale, ovvero bio-psico-sociale e coinvolge contemporaneamente sia il livello psicologico, neurologico e sociale. Tuttavia, se durante l'infanzia sono già presenti delle vulnerabilità nella struttura del cervello, i cambiamenti che avvengono nel corso dell'adolescenza possono farle emergere, proprio in conseguenza del processo neurobiologico trasformativo adolescenziale con manifestazioni simili all'organizzazione borderline [11].

Nell'articolo descriveremo il caso di un'adolescente di 15 anni con DBP-A e la metodologia psicoterapeutica utilizzata. Nell'intervento terapeutico della ragazza la valutazione ha preso in considerazione gli aspetti psicopatologici, le risorse dell'adolescente e il contesto familiare e ambientale in cui la giovane è cresciuta. L'obiettivo è quello di offrire una esaustiva descrizione di un piano di trattamento basato sull'applicazione dell'integrazione pluralistica nell'intervento psicoterapeutico del DBP nella fascia adolescenziale. Abbiamo applicato il Modello Pluralistico Integrato di Edoardo Giusti e Claudia Montanari che si basa sull'area che viene definita fattori comuni. L'integrazione del modello si esplica su tre livelli: teorico, attraverso

la costruzione complessa di modelli e di approcci diversi per avere una lettura multicomprendensiva della problematica; metodologico, attraverso l'individuazione di diversi elementi per pianificare un trattamento individualizzato considerando quando, cosa e come agire in funzione al cambiamento e infine tecnico, attraverso l'uso di strumenti e tecniche adeguati allo scopo seguendo una visione eclettica [12].

2. Disturbo borderline in adolescenza

L'adolescenza è una fase di sviluppo critica per la manifestazione del disturbo borderline. È un periodo evolutivo ricco di processi trasformativi che possono mettere in difficoltà l'adolescente e la famiglia [13]. Circa un terzo degli adolescenti presenta ridotta capacità di resilienza, inadeguatezza relazionale, impulsività, autolesionismo, bassa autostima e crisi d'identità [14]. L'adolescenza è un periodo che mette a dura prova il ragazzo nella costruzione della rappresentazione futura di sé che passa attraverso delle crisi fisiologiche che portano ad un processo di differenziazione e individuazione dal contesto familiare. Lancini afferma che il passaggio adolescenziale alla fase adulta è accompagnato negli ultimi anni da un "dolore evolutivo" dovuto dalla delusione delle aspettative genitoriali [15]. L'adolescente si trova a confrontarsi con due aspetti importanti: la socializzazione e l'identità. Nella socializzazione l'obiettivo dell'adolescente è quello di acquisire un'autonomia e un'indipendenza emotiva dalla famiglia, attraverso la definizione di un nuovo ruolo sociale che lo rappresenti nella successiva fase adulta. Per quanto riguarda l'identità, l'adolescente si trova ad affrontare un conflitto evolutivo tra regressione e progressione nella costruzione di una nuova struttura mentale, emotiva e fisica-sessuale [16,17]. Dall'attività di ricerca neuroscientifica [18] emerge che nel corso dell'adolescenza i comportamenti a rischio sono riconducibili in misura minore a squilibri ormonali e in misura maggiore a cambiamenti che si sviluppano a livello cerebrale. Gli studi hanno evidenziato che avvengono cambiamenti marcati, soprattutto nella corteccia prefrontale, dovuti alla mielinizzazione e alla potatura sinaptica (*pruning*) [11], processi che migliorano la velocità di comunicazione e l'efficienza di elaborazione delle informazioni da parte dei neuroni, rendendo il circuito più rapido, coordinato e funzionale. Le connessioni cerebrali più precise e produttive consentono migliori capacità di discernimento e di giudizio, portando allo sviluppo di un sistema cerebrale più integrato e ad una capacità di elaborazione dell'esperienza più globale. La regione frontale interviene sia nei processi mentali interni (controllo cognitivo, regolazione delle emozioni, pensiero globale, comprensione di sé), sia nei processi sociali (empatia e comportamento morale) [18]. Questo intenso e prolungato processo di sviluppo cerebrale fino alla giovane età adulta ha rilevanti conseguenze sulla maturazione delle abilità cognitive e sui comportamenti degli adolescenti [19]. In particolare, troviamo in questa fascia d'età lo sviluppo di alcune abilità mentali come, ad esempio, la ricerca di novità, il coinvolgimento sociale, una maggior intensità emotiva e l'esplorazione creativa [18]. Tuttavia, gli adolescenti durante il processo trasformativo sono molto meno capaci degli adulti di usare la corteccia frontale e prefrontale, soprattutto

per quanto attiene alla lettura delle emozioni. Più specificatamente, si è rilevato che l'attività della corteccia prefrontale mediale dorsale si riduce progressivamente dall'adolescenza all'età adulta [20]. Negli adolescenti si è osservato che la capacità di decodificare la congruenza tra le parole ed espressioni delle emozioni decresce sia in velocità che in accuratezza [21], mentre l'attivazione dell'amigdala indotta da immagini di volti che esprimono le emozioni è significativamente più alta [22], tanto da potersi connotare come un'iperattività del sistema limbico. Gli studi neuroscientifici hanno evidenziato che gli adulti con DBP presentano iperattività dell'amigdala [23], malfunzionamento della corteccia prefrontale laterale e mediale, della corteccia parietale mediale, del lobo temporale mediale e della corteccia cingolata anteriore rostrale [24]; ovvero tutte strutture che durante l'adolescenza affrontano una significativa riorganizzazione. Ovviamente con ciò non si vuole trarre la conclusione che tutti gli adolescenti debbano far fronte alle difficoltà del DBP, ma gli studi neuroscientifici possono essere di supporto nella comprensione dei meccanismi che portano bambini vulnerabili (compresi quelli che presentano attaccamento disorganizzato come fattore di vulnerabilità) a manifestare i sintomi del DBP in adolescenza [13]. La conoscenza delle peculiarità in età evolutiva è importante per distinguere i tratti tipici di questa fase di crescita, da quelli che possono essere predittivi di disagi psicologici che compromettono il benessere del giovane. Il caso clinico riportato di seguito mette in evidenza elementi caratteristici del disturbo che si differenziano chiaramente dai compiti evolutivi dell'adolescenza.

3. Caso clinico

Chiara (nome di fantasia) un'adolescente di 15 anni, giunge in psicoterapia inviata dal servizio di neuropsichiatria infantile dopo aver tentato vari comportamenti anti-conservativi. Chiara è stata presa in carico da una psicoterapeuta ad orientamento pluralistico-integrato esperta nel trattamento di adolescenti, che segue la ragazza da più di un anno con frequenza settimanale. Nel contratto terapeutico sono previsti anche gli incontri con i genitori di Chiara con cadenza mensile. La ragazza prima di iniziare la psicoterapia già da un anno soffriva di fenomeni depressivi caratterizzati da apatia e fame compulsiva. I sentimenti di disperazione da cui è affetta e una notevole componente ansiosa spesso la portano a perdere il controllo del proprio corpo (self-cutting) e della propria mente (ideazione suicidaria). I genitori di Chiara si sono separati quando lei aveva tre anni e si definiscono poco conflittuali e civili tra loro soprattutto centrati sulla gestione della ragazza. Il padre è tendenzialmente critico, in particolare modo su alcuni ambiti come la scuola e l'abbigliamento, mentre la madre è più accogliente, ma presenta difficoltà nell'entrare in sintonia empatica con la figlia. Chiara racconta di aver subito pesanti critiche nei suoi riguardi da parte della nonna paterna per via dei continui paragoni con dei cugini di primo grado, descritti come molto più "studiosi e diligenti" di lei. I genitori descrivono la ragazza, durante il periodo dell'infanzia come una bambina brillante ma cupa e triste fino alla fine della scuola primaria con problematiche relazionali di condotte di evitamento

nei confronti dei coetanei. Molto selettiva nelle amicizie, Chiara ha sempre instaurato rapporti simbiotici con amiche-compagne che sono cambiate nel corso degli anni. Tali relazioni riguardano spesso persone con fragilità emotiva per le quali la ragazza vuole essere un punto di riferimento e alle quali si lega in maniera quasi ossessiva creando rapporti di dipendenza affettiva nonostante la sua volontà dichiarata di voler essere autonoma. Chiara afferma da subito di avere delle difficoltà scolastiche che si sono accentuate con l'inizio del liceo manifestando un umore disforico sentendosi obbligata dalla famiglia nella scelta della scuola. Infatti, la giovane descrive un umore tendenzialmente oscillante, con crisi di rabbia, singoli picchi di euforia e vissuti di angoscia per le difficoltà relazioni. La ragazza si sente molto diversa dai suoi coetanei, tanto da vivere con disagio la loro compagnia. Emerge dai colloqui con Chiara una profonda solitudine affettiva, che può essere intesa come conseguenza del non aver trovato una presenza forte e solida accanto a sé, né da parte della madre né da parte del padre. La ragazza riferisce di non sentirsi emotivamente amata e sostenuta, tanto da ricercare negli agiti autolesivi e nel disagio sociale una propria identità. Chiara è molto collaborativa e vuole intraprendere un percorso psicoterapeutico dopo aver ricevuto una diagnosi di disturbo di personalità borderline.

4. Valutazione

Fare diagnosi di disturbo borderline di personalità in adolescenza è ancora oggetto di discussione poiché, come già precedentemente descritto, molti clinici sono restii a diagnosticare il disturbo in questa fascia d'età [25]. Innanzitutto, la controversia nasce dal fatto che c'è il rischio di stigmatizzare l'adolescente, fatto che potrebbe condizionare lo sviluppo della sua personalità e la percezione degli altri [26]. In secondo luogo, l'adolescenza è una fase evolutiva in cui l'identità non è ancora strutturata [27]. Come alcuni autori sottolineano ci sono importanti difficoltà nel differenziare i tratti borderline da quelli evolutivamente comuni [28, 29]. Le ricerche degli ultimi anni hanno portato ad un cambiamento di rotta affermando che il DBP affonda le sue radici nell'infanzia con esordio nell'adolescenza [30, 31] con stabilità dei sintomi verso i 14 e i 24 anni [32] e con una maggiore remissione di questi rispetto all'adulto [33]. Il DSM-5 afferma che la diagnosi di DBP può essere applicata a bambini e adolescenti quando i tratti disadattivi della personalità dei giovani adulti sembrano essere pervasivi, persistenti e non fluidi da almeno un anno [34]. Il Disturbo Borderline, secondo quanto recita il DSM-5 [35] è: *“Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi”* riportati nella Tab. 1.

Tabella 1 - Criteri diagnostici del DSM 5 per il Disturbo Borderline di Personalità [35]

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per esempio, spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento auto-mutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per esempio, episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia, (per esempio, frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Nell'eziopatogenesi del DBP-A sono importanti i fattori genetici, neurologici, ambientali e socioculturali come riportati nel modello bio-psico-sociale [3, 37] e ripreso nell'approccio "*Diathesis-stress model*" [38, 39, 40], in cui vengono evidenziate due importanti dimensioni: la vulnerabilità emotiva e le credenze della persona. Il temperamento, l'espressione genetica dei tratti, combinata a fattori ambientali come, ad esempio, la rottura precoce dei legami di attaccamento, il trauma, la trascuratezza e il rifiuto da parte del caregiver, contribuiscono alla disregolazione emotiva dell'adolescente borderline [41]. Infatti, secondo quanto riportato dalla Linehan [42] "*il core psicopatologico del disturbo è da rintracciare in una disfunzione pervasiva del sistema di regolazione emotiva, sviluppata e mantenuta dall'interazione di una vulnerabilità emotiva su base temperamentale e un ambiente "invalidante", incapace di rispondere in maniera funzionale alle richieste e ai bisogni emotivi del bambino e poi dell'adolescente e adulto con DBP*". Un'ipersensibilità interpersonale ai fattori di stress contribuisce allo sviluppo di un attaccamento disorganizzato-ambivalente e a conseguenze relazionali problematiche sempre più intense tra il caregiver e il bambino che può sfociare nel DBP-A [43, 1]. L'ambiente invalidante non è di per sé anormale o traumatico ma l'interazione con il temperamento vulnerabile può mettere l'individuo a rischio di sviluppo del DBP-A [44]. In particolare, nella valutazione del DBP vengono considerate tre dimensioni del temperamento che caratterizzano

la prospettiva dimensionale del DSM-5: la disinibizione, l'affettività negativa e lo psicoticismo. La disinibizione si manifesta sotto forma di comportamenti impulsivi, tendenza al rischio attraverso atteggiamenti autolesionistici e la partecipazione ad attività pericolose senza valutare le conseguenze. L'affettività negativa si manifesta sotto forma di labilità emotiva, ansia da separazione e depressione. Lo psicoticismo si manifesta attraverso credenze bizzarre, ideazione paranoide e scarso esame della realtà ed è la dimensione distintiva nella diagnosi del DBP poiché emerge quando l'adolescente è sottoposto a stress. Infatti, la disinibizione e l'affettività negativa non hanno rilevanza diagnostica rispetto allo psicoticismo dal momento che sono presenti anche in altri disturbi infantili come il deficit di attenzione/iperattività (ADHD), il disturbo della condotta (DC) e il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) [45]. Gli adolescenti con DBP-A lottano non solo con i sintomi specifici del disturbo ma anche con la confluenza di sintomi esternalizzanti ed internalizzanti [1]. In uno studio, Michonski e colleghi [46] hanno evidenziato che l'ideazione paranoica (nei ragazzi) e il disturbo d'identità (nelle ragazze) sono i sintomi più discriminanti del DBP-A. In una ricerca [47] sono stati rilevati tassi più alti di comorbidità con i disturbi dell'umore, con i disturbi d'ansia e con i disturbi esternalizzanti negli adolescenti con DBP-A rispetto ai tassi di pazienti psichiatrici senza il DBP. In linea con i risultati delle ricerche, nella fase di assessment Chiara è stata sottoposta a valutazione psicodiagnostica presso il servizio di neuropsichiatria infantile dove sono stati somministrati i seguenti test con relativi punteggi:

Personality Inventory for DSM 5 – adolescent version (PID-5)

Il test si focalizza principalmente su 5 dimensioni: affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione e psicoticismo. (punteggio borderline = > 1,5; significativo = > 2 Affettività negativa 1,89 Dinibizione 2,05 Psicoticismo 1,78).

Children's Depression Inventory (CDI 2)

Il test comprende una valutazione completa e multi-prospettica dei sintomi depressivi dai 7 ai 17 anni di età. (punteggio elevato P36).

Barrett Impulsiveness Scale (BIS11)

Il test misura l'impulsività, in particolare individua tre costrutti diversi che sono l'impulsività cognitiva (disattenzione ed instabilità cognitiva), impulsività motoria (instabilità motoria e mancanza di perseveranza), impulsività non significativa (mancanza di autocontrollo e intolleranza alla complessività cognitiva) (punteggio elevato P84).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Il test valuta le difficoltà nella regolazione delle emozioni composto da 36 items con modalità di risposta su scala Likert a 5 punti (1= mai, 5= sempre). Il test individua 6 fattori: non accettazione delle emozioni negative, incapacità ad intraprendere comportamenti finalizzati quando si sperimentano emozioni negative, difficoltà a controllare i comportamenti impulsivi quando si sperimentano emozioni negative, accesso limitato a strategie di regolazione delle emozioni che siano ritenute efficaci, mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni, mancanza di comprensione della natura delle proprie risposte emotive (nel punteggio tutti gli item si configurano

come aree di rischio).

Deliberate Self Harm Inventory (DSHI)

Il test indaga diversi aspetti delle condotte autolesionistiche come: forma, frequenza, gravità e durata. È un questionario auto compilato. La paziente descrive condotte autolesive attuali, variabili in termini di frequenza a partire dai 13 anni.

Inventario degli eventi stressanti e traumatici della vita “Life events”

La ragazza afferma di aver assistito a due violenti litigi in ambito domestico come stressors, il cui ricordo tuttora la disturba molto.

Dal colloquio clinico l'adolescente riferisce di sentirsi giudicata e criticata dalla famiglia come, ad esempio, nella scelta della scuola, l'abbigliamento e le amicizie. La ragazza si è iscritta al liceo classico non per suo volere ma per soddisfare la tradizione familiare; infatti, Chiara riferisce che tutti i membri della sua famiglia hanno intrapreso questo tipo di studio e la nonna paterna era insegnante di latino e greco. Attraverso la narrazione storiografica emerge la presenza di disturbi psicologici lungo la linea materna, che può essere un fattore di rischio nel DBP-A. La ragazza riferisce di sperimentare emozioni che sfuggono al suo controllo e diventa irrazionale di fronte ad esse. Vive sensazioni di inadeguatezza, infelicità, depressione e abbattimento e ha paura del rifiuto e dell'abbandono che le impediscono di calmarsi e rilassarsi quando è stressata. Chiara si sente disperata e impotente di fronte agli eventi e pensa che la vita non ha significato; reagisce alle critiche con rabbia e umiliazione ed è fortemente autocritica e “catastrofica”, per lei i problemi sono insormontabili e irrisolvibili. Chiara sembra volersi “punire” creandosi situazioni che confermano la sua infelicità e condizione di malessere (profezia che si auto-avvera) ed evita attivamente opportunità di piacere e gratificazione. La ragazza cerca di combattere questi pensieri e stati d'animo a volte con delle fantasie e “desideri di suicidio” [48], come tentativi di fuga dalla realtà. Con l'adolescente è necessario integrare le informazioni raccolte dalle autodescrizioni con resoconti forniti dalla famiglia. Nei colloqui con i genitori è emersa una difficoltà relazionale con la ragazza e una non comprensione del suo disagio. Durante gli incontri i genitori hanno manifestato un'evidente chiusura nell'esprimere i loro vissuti emotivi.

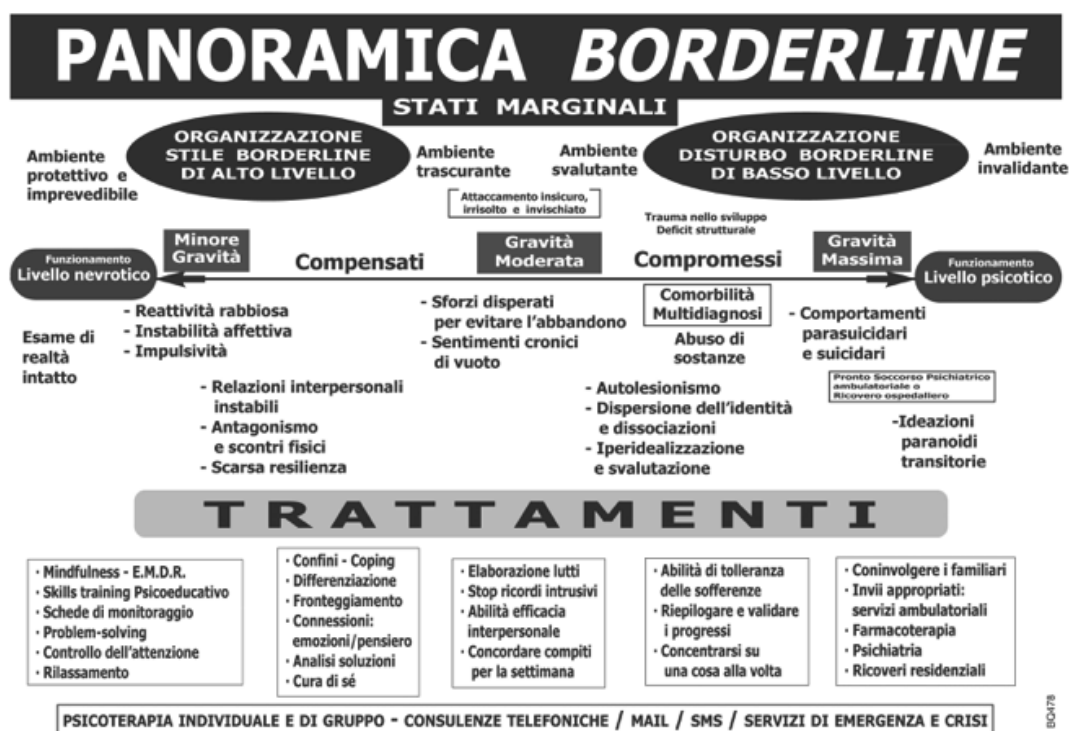
Tuttavia, Chiara possiede diverse risorse importanti da considerare nella fase di valutazione clinica come una spiccata capacità introspettiva e di apprendimento, un'aderenza e collaborazione all'intervento terapeutico e determinazione a raggiungere gli obiettivi prefissati. Un'altra risorsa importante per Chiara è la sua famiglia, che nonostante le difficoltà, mostra sempre volontà nel sostenerla nel percorso di terapia. Questi ultimi elementi, insieme ad una buona alleanza terapeutica, risultano essere dei forti fattori predittivi riguardo l'esito del trattamento psicoterapeutico.

5. Piano di trattamento

Dalla valutazione si passa ad un trattamento psicoterapeutico strutturato, adeguato e coerente al DBP-A per non andar incontro ad interventi iatrogeni [49, 50]. Durante

l'intervento è necessario prendere in considerazione le teorie evolutive come i sistemi motivazionali [51, 52], i legami di attaccamento [53, 54, 55, 56, 57], l'apprendimento comportamentale, la gestione dell'impulso e la regolazione affettiva [58], il processo di separazione-individuazione nella definizione della costanza oggettiva e dell'identità del sé [59, 60, 61], l'adozione di strategie diversificate nell'apprendimento e nel coping cognitivo e relazionale [62, 63, 64, 65], il raggiungimento dei compiti di sviluppo, della famiglia e del contesto allargato [66, 67]. Questi processi di crescita si intersecano sul piano comportamentale, cognitivo, emotivo, affettivo – relazionale e intrapsichico [68]. Inoltre, la ricerca sul trattamento psicoterapeutico degli adolescenti ha messo in luce una differenza rispetto alla psicoterapia degli adulti, che riguarda lo sviluppo di approcci specifici d'intervento [69]. Per un buon esito psicoterapeutico nei giovani borderline, è ancora più importante la costruzione di una forte relazione terapeutica per negoziare con l'adolescente e la sua famiglia un piano di trattamento efficace ed efficiente. In particolare, l'orientamento psicoterapeutico utilizzato nel nostro caso clinico è quello pluralistico integrato. La scelta di questo approccio nasce dall'essere un metodo flessibile, personalizzato, capace di adattarsi al percorso evolutivo della persona integrando le diverse tecniche e modalità d'intervento (Fig. 1).

Figura 1- Panoramica Borderline
[79] - [80] p.20



All'inizio del percorso di terapia si è costruita un'alleanza operativa attraverso la definizione di obiettivi chiari e la creazione di un clima accogliente ed empatico in cui la ragazza si potesse sentire a proprio agio. Chiara mostra da subito motivazione, collaborazione e aderenza al trattamento portando avanti la terapia da più di un anno senza incorrere in drop-out. Inoltre, nel trattamento psicoterapeutico è stata prevista da subito una rete di sicurezza composta da genitori, psicoterapeuta e neuropsichiatra infantile che interviene prontamente qualora la paziente dovesse mettere in atto comportamenti pericolosi per sé stessa al di fuori del setting terapeutico.

L'approccio pluralistico integrato, tenendo conto delle prove di evidenza della ricerca scientifica (evidence-based) e quelle della pratica sul campo (practice-based) considera tra le terapie di elezione nel trattamento del DBP-A la terapia dialettica comportamentale per adolescenti (DBT-A) [42, 70] e il trattamento basato sulla mentalizzazione per adolescenti (MBT-A) [71,72].

Per quanto riguarda la DBT-A sono stati utilizzati gli interventi psicoeducativi di skills training, per aiutare Chiara a ridurre uno stile di coping esternalizzante e modificare alcuni comportamenti autodistruttivi come, ad esempio, l'autolesionismo e l'impulsività legata al cibo e al fumo che emergono in situazioni di stress. Nello specifico questo metodo d'intervento si basa sull'apprendimento di abilità di "tolleranza alla sofferenza", di abilità di "mindfulness" per raggiungere una maggior consapevolezza di sé nel momento presente, di "regolazione emotionale" per gestire sbalzi e stati d'animo stabilmente negativi ed infine le "abilità nel percorrere il sentiero di mezzo", per ridurre modalità di pensiero errate attraverso la dialettica e la validazione [70]. Per quanto riguarda l'intervento basato sulla MBT-A l'obiettivo è quello di accompagnare Chiara a pensare piuttosto che ad agire e a sentire piuttosto che a fare. Tuttavia, per non attivare il sistema di attaccamento disorganizzato della ragazza, lo psicoterapeuta mantiene una buona distanza dagli stati emotivi pregressi che riducono la capacità di riflessione. Infatti, una risorsa importante di Chiara è la sua propensione introspettiva che facilita il lavoro di ristrutturazione cognitiva moderando la rigidità mentale e comportamentale. Durante il percorso sono state utilizzate diverse tecniche psicoterapeutiche. Nella prima fase della terapia il genogramma ha favorito la conoscenza storiografica di Chiara e della sua famiglia attraverso la narrazione. Successivamente, le tecniche espressive gestaltiche a mediazione creativa, come ad esempio il role play, la drammatizzazione, l'espressione corporea, hanno favorito il riconoscimento dei vissuti emotivi dell'adolescente (Fig.2). Anche la musica e la scrittura si sono rivelate delle risorse preziose per Chiara come mezzo di comunicazione con il mondo esterno. In particolare, la musica è stata un ponte di accesso per far conoscere parti di sé; la scrittura è stata uno strumento per poter esprimere fantasie, emozioni, pensieri e desideri utilizzando anche il diario terapeutico.

Si possono includere altre tecniche espressive/ludiche [81] come il disegno, il collage, mentre è importante escludere nel trattamento tecniche come la metafora, l'analogia, l'uso di giochi di parole e simbolismi qualora il livello di mentalizzazione del paziente non sia elevato [71].

Secondo Livesley, Dimaggio e Clarkin [73] nel trattamento dei disturbi di personalità

è opportuno un approccio transteorico che combini i principi e i metodi di tutte le terapie efficaci, per stabilire un modello psicoterapeutico sufficientemente flessibile, da adattarsi alle diverse forme che il disturbo di personalità assume.

Figura 2 - Trattamento Modulare Transteorico [80] p.41



BQ479

Gli incontri di parent training con i genitori hanno l'obiettivo di: comprendere gli eventi stressanti della famiglia; gestire i conflitti generati nel corso del tempo, acquisire informazioni sul DBP-A e come gestirlo. La finalità degli incontri è quella di migliorare la qualità della relazione attraverso l'accettazione e la sintonizzazione affettiva dei genitori con Chiara. Di seguito è riportato in Tab. 2 una sintesi del piano di trattamento del DBP-A.

FASE INZIALE	METODOLOGIE TECNICHE E STRUMENTI	OBIETTIVI A BREVE TERMINE	CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE
ACCOGLIENZA Osservazione esplorativa e rilevazione degli agiti pericolosi (ideazioni suicidarie, agiti suicidari) Farmacoterapia Colloquio con i genitori	- Cartella clinica - Ascolto Empatico - Alleanza collaborativa - Setting strutturato - Genogramma - Narrazione - Ascolto Attivo - Problem solving per la gestione di comportamenti autolesionistici - Contatto telefonico concordato per arginare momenti disperati suicidari - Gestione degli impulsi rabbiosi	- Analisi della domanda - Raccolta d'informazioni - Motivazione al trattamento - Ridurre lo stress - Ridurre, eliminare frequenza e intensità dell'ideazione suicidaria e dei gesti parasuicidari - Inizio della fiducia relazionale - Inserimento dei genitori in un gruppo psicoeducativo di sostegno alla genitorialità	- Tenere una buona distanza - Attenzione alla dimensione cooperativa - Violazione dei confini - Autosvelamenti - Livello di reattanza elevato (dovuto dall'attivazione del sistema motivazionale avversivo che si attiva dalla vicinanza relazionale) - Interventi empatici non direttivi - Stile di coping (esternalizzante tipico nella DA) - Evitare interpretazioni e metafore (deficit delle abilità metacognitive)
VALUTAZIONE	- Psicodiagnostica	Utilizzo di alcuni Test come ad esempio SWAPP-200-A; MACI, PID-5; CDI-2; BIS-11; DERS; DSHI; Life-events	
SETTING TERAPIA		OBIETTIVI A MEDIO E LUNGO TERMINE	
Importante considerare le risorse e i limiti dell'adolescente Terapia di gruppo	- Diario - Fototerapia - Biblioterapia - Role Play - Problem Solving - Tecniche espressive creative e ludiche (disegno, collage, fantasia, drammatizzazione ed espressione corporea) - Mindfulness - Tecniche di autocontrollo - Tecniche gestaltiche	- Consolidazione della relazione di fiducia - Riappropriarsi della propria identità - Riduzione dell'impulsività - Riparazione delle rotture - Base sicura - Autostima - Training dell'assertività - Ristrutturazione cognitiva - Gestione dei conflitti interpersonali - Life skills (gestire l'emotività, la capacità di mettersi in relazione agli altri) - Incentivare uno schema mentale flessibile	Oscillazione di giudizio tra polarità opposte Idealizzazione/svalutazione
FASE CONCLUSIVA			
Follow-up Consolidamento dei risultati		- Maggior senso di autonomia, spontaneità - Svincolo genitoriale - Dialogo tra libertà e disciplina - Elaborare la separazione	

Chiara è migliorata nella sfera cognitiva, emotiva, comportamentale e sociale. Durante i colloqui, l'adolescente riferisce di sentirsi meglio da quando ha iniziato la terapia e di vivere i rapporti con i suoi compagni con più serenità perché si sente accettata dal gruppo classe. La maggiore socialità di Chiara ha favorito una motivazione allo studio più elevata rispetto l'anno precedente. Anche i rapporti con la famiglia sono migliorati, in particolare, con il padre e la nonna paterna che sente più accoglienti e meno critici. Dal colloquio con i genitori emerge un cambiamento di Chiara in quanto riferiscono di vedere la figlia meno cupa e arrabbiata con un aumento delle emozioni positive. Una migliore regolazione degli stati emotivi della giovane ha determinato anche una riduzione del comportamento autolesionistico. Attualmente il lavoro psicoterapeutico con Chiara prosegue nella direzione di una maggiore crescita ed evoluzione personale e sociale.

6. Conclusioni

Nell'ultimo decennio abbiamo assistito ad un fermento della ricerca scientifica sul DBP-A [71, 1, 70] che ha portato un grande contributo nella clinica considerando una maggior attenzione del disturbo borderline in questa fascia di età. Il trattamento psicoterapeutico pluralistico integrato applicato al caso clinico si basa sulla psicoterapia umanistica, cognitivo-comportamentale e psicodinamica, con un'attenzione particolare all'evidenza scientifica dei trattamenti specifici e ai fattori comuni [69]. Le ricerche hanno evidenziato come esistano dei fattori comuni d'intervento efficaci per il trattamento del DBP-A quali: l'impegno e la motivazione del paziente e la gestione dei comportamenti che interferiscono con la terapia; l'applicazione di un trattamento basato sulle evidenze scientifiche che sia rilevante per il paziente; la creazione di una forte relazione di attaccamento e il rafforzamento della fiducia nel credere che si possa apprendere in terapia; focalizzare l'attenzione sulle emozioni, sulla connessione tra azione e sentimento; approfondire gli stati mentali del paziente e aiutare a sviluppare una maggiore proattività [1, 74, 75, 76, 77]. Il ruolo del terapeuta non deve essere quello dell'esperto ma deve piuttosto porsi al fianco dell'adolescente utilizzando la supervisione per superare i momenti difficili che incontra durante la terapia [1,78]. Come abbiamo visto nell'articolo, la motivazione e l'impegno di Chiara e di tutta la famiglia, come anche l'adattamento del trattamento alle esigenze della ragazza (tailoring) per la costruzione di un'alleanza terapeutica sia sul piano relazionale che operativo, sono stati elementi determinanti.

La complessità del trattamento non è solo legata alla complessità del disturbo ma anche a quella della fase evolutiva dell'adolescenza di fronte alle delicate trasformazioni psichiche e fisiche. Una sfida che vede impegnati sia il terapeuta che l'adolescente nel rimuovere i fattori che bloccano lo sviluppo di una normale integrazione della personalità rispettando i suoi tempi di maturazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Sharp, C., Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288.
2. Guilé, J. M., Greenfield, B. (2004). Introduction personality disorders in childhood and adolescence. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 13(3), 51.
3. Lenzenweger, M. F., Cicchetti, D. (2005). Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 893-898.
4. Stepp, S. D. (2012). Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 1-5.
5. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
6. S Sharp, C., Tackett, J. (2021). Manuale del Disturbo Borderline di Personalità nell'infanzia e nell'adolescenza. Trad. It. a cura di Riccarsi, I., Fiore, D. Milano: FrancoAngeli.
7. Paris, J. (2019). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. Guilford Publications.
8. Chanen, A. M., Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 14(1), 45.
9. Lancini, M. Turuani, L. (2009). *Sempre in contatto*. Milano: Franco Angeli.
10. Fossati, A., (2021). *Il disturbo Borderline di personalità in adolescenza: fenomenologia e validità di costruito*, Manuale del Disturbo Borderline di personalità nell'infanzia e nell'adolescenza, Ed. italiana a cura di Riccardi, I e Fiore, D., Milano: Franco Angeli, 3, 41-58.
11. Poletti, M. (2011). Aspetti neuroevolutivi del Disturbo Borderline di Personalità, di. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 15(1), 7-28.
12. Giusti, E. Montanari, C. Iannazzo, A. (2021). *Psicoterapie Pluralistiche Integrate. Relazione terapeutica, valutazione DSM5. Modelli e piani di trattamento basati su prove di ricerca scientifica*. Roma: Armando Editore.
13. Bleiberg, E., Rossouw, T., Fonagy, P. (2011). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In A.W. Bateman, P. Fonagy, (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington: VA American Psychiatric. 436-509.
14. Westen, D., Betan, E., DeFife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 23(1), 305-313.
15. Lancini, M. (2021). *L'età tradita. Oltre i luoghi comuni sugli adolescenti*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
16. Saraceno, C. (2003). *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*. Bologna: Il Mulino.
17. Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G., (2016). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Milano: FrancoAngeli.
18. Siegal, D. (2014) *La mente adolescente*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
19. Poletti, M. (2007). Sviluppo cerebrale, processi decisionali e psicopatologia in adolescenza. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, 358-366.
20. Wang, A. T., Lee, S. S., Sigman, Dapretto, M. (2006). Development changes in the neural basis of interpreting communicative intent. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1 (2), 107-121.
21. Monk, C. S., McClure, E. B., Nelson, E. E., Zarah, E., Bilder, R. M., Leibenluft, E., Pine, D. S. (2003). Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions. *Neuroimage*, 20(1), 420-428.
22. Killgore, W.D., Oki, M., Yurgelun-Todd, D. A. (2001). Sex-specific developmental changes in amygdala responses to affective faces. *Neuroreport*, 12, 427-433.
23. New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., Siever, L. J. (2007). Amygdala–prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1629-1640.

24. Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A development, menthalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21, 1355-1381.
25. Sharp, C., Wall, K. (2018). Personality pathology grows up: adolescence as a sensitive period. *Current Opinion in Psychology*, 21, 111-116.
26. Kenberg, P. F., Weiner, A. S., Berdenstein, K. K., (2000). *Personality disorder in children and adolescents*. New York: Basic Books.
27. Crick, N. R., Murray-Close, D. I. A. N. N. A., Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*, 17(4), 1051-1070.
28. Meijer, M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 13.
29. Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969-981.
30. American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
31. Paris, J. (2008). *The treatment of borderline personality disorders: An evidence based approach*. New York: Guilford.
32. Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). Development and validation of the Minnesota Borderline Personality Disorder scale. *Assessment*, 18(2), 234-252.
33. Stepp, S. D., Whalen, D. J., Scott, L. N., Zalewski, M., Loeber, R., & Hipwell, A. E. (2014). Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and psychopathology*, 26(2), 361-378.
34. Paris, J. (2014). A history of research on borderline personality disorder in childhood and adolescence. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 9-16). New York: NY Springer.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (2014). Milano: Raffaello Cortina Editore.
36. Engels, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science 196, p. 129-136.
37. Paris, J., Tyrer, P. J. (1997). *Contesto sociale e disturbi di personalità: diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
38. Crowell, S. E., Kaufman, E. A., & Beauchaine, T. P. (2014). A biosocial model of BPD: Theory and empirical evidence. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 143-157) New York: Springer.
39. Matusiewicz, A., Weaverling, G., & Lejuez, C. W. (2014). Emotion dysregulation among adolescents with borderline personality disorder. In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 177-194) New York, NY: Springer.
40. Selby, E. A., Kranzler, A., Panza, E. (2014). Development of emotional cascades in borderline personality disorder. In Sharp, Tackett, J. L. (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. 159- 176. New York: Springer.
41. Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1091-1104.
42. Linhean, M. (2011). *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
43. Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1091-1104.
44. Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518-535.
45. Sellbom M., Jarrett M. A., (2014) *La concettualizzazione del disturbo borderline di personalità in giovane età, con l'inquadramento dell'MMPI-A*, Manuale del Disturbo Borderline di personalità

nell'infanzia e nell'adolescenza, a cura di C. Sharp e J. Tackett, ed. it. Riccardi I. e Fiore D. (2021) Milano: Franco Angeli.

46. Michonski, J. D., Sharp, C., Steinberg, L., & Zanarini, M. C. (2013). An item response theory analysis of the DSM-IV borderline personality disorder criteria in a population-based sample of 11- to 12-year-old children. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 15.

47. Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 15864.

48. Shedler J., Westen D., Lingardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

49. Allen, J. G., Fonagy, P. (2006). Mentalizing in practice. *Handbook of mentalization-based treatment*, 3-30.

50. Spalletta, E. (2010). *Personalità sane e disturbate. Un'introduzione propedeutica alla cura delle normopatie del quotidiano*. Roma: Sovera Edizioni.

51. Lichtenberg, J.D. (1995). *Psicoanalisi e sistemi motivazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

52. Byng-Hall, J. (1998). *Le trame della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

53. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. Hogarth Press, London. (2nd ed. (1984), Viking Penguin, New York.) (Trad. it.: 1976 [1a ed.], 1989 [2a ed.] *Attaccamento e perdita. Vol. 1 Attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.

54. Crittenden, P. M. (1997). *Truth, error, omission, distortion, and perception: the application attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder*. in Dollinger, S. M., DiLalla, L. F. (2013). *Assessment and intervention issues across the life span*. Psychology Press.

55. Fonagy, P. (1996). Attaccamento sicuro e insicuro, in Kos *Rivista di medicina, cultura e scienze umane*, n. 129 Europa Scienze Umane Editrice.

56. Stern, D. N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.

57. Stern, D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.

58. Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Psychology Press.

59. Malher, M., Pine, F., & Bergman, A. (1978). La nascita psicologica del bambino, [Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri].

60. Sameroff, A. J., Emde R.N. (1991). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri.

61. Horowitz, M. J., Kernberg, O. F., & Weinshel, E. M. (1998). *Struttura e cambiamento psichico*. Milano: FrancoAngeli.

62. Gardner, H. (1996). *Educare al comprendere*. Milano: Feltrinelli.

63. Blandino, G., Garnieri B. (1995). *La disponibilità ad apprendere*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

64. Pontecorvo, C. (1993). *La condizione della conoscenza*. Firenze: La Nuova Italia.

65. Vayer, P., Camuffo M. (2000). *La faccia nascosta della classe*. Roma: Magi.

66. Walsh, F. (1995). *Ciclo vitale e dinamiche familiari*. Milano: FrancoAngeli.

67. Framo, J.L. (1996), *Terapia intergenerazionale, un modello di lavoro con la famiglia d'origine*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

68. Spalletta, E. (2000). Applicazione dell'Integrazione Pluralistica negli interventi di counseling e psicoterapia con bambini e adolescenti, in *Integrazione nelle Psicoterapie e nel Counseling*. Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche. 7/8, 223-240.

69. Shirk, S. R., Karven, M. S. (2012). L'alleanza nella terapia rivolta a bambini e adolescenti. Norcross J. C. [ed. it. *Quando la relazione funziona*. Ricerche scientifiche a prova di evidenza, Vol 1, 97-125] Roma: Sovera.

70. Rathus, J. H., Miller, A. L. (2016). *Manuale DBT per adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

tore.

71. Bateman, A., Fonagy, P. (2010). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Per il disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
72. Rossouw, T., Wiwe M. Vrouva, I. (a cura di) (2022). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione per gli adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
73. Livesley, J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. (2016). *Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
74. Monticone, I. (2012). "Il disturbo Borderline in adolescenza. Teoria, modello e trattamento integrato". *Integrazione nelle Psicoterapie*, n°2 117-129, Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche
75. Giusti, E., Picerni E. (2021). *Traumi Psicici. Trattamenti di macro e microcomplessità*. Roma: Armando Editore.
76. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391.
77. Norcross J. C. (2012). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona*. vol 1 Roma: Sovera Edizioni.
78. Norcross J. C., Popple, L. M. (2017). *Supervisione in psicoterapia integrata*. Roma: Sovera Edizioni.
79. Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. [Trad. it. Boringhieri, Torino 1978].
80. Giusti, E., Spalletta, E. (2020). Metavisione e ri-costruzione di soggetti al limite. La Sindrome Borderline. *Rivista Integrazione delle Psicoterapie*. n.10 p.11- 48, Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche
81. Giusti, E., Rosa, V. (2002). *Psicoterapie della Gestalt. Integrazione dell'Evoluzione Pluralistica*. Roma: A.S.P.I.C. Edizioni Scientifiche.