

Disturbi di personalità e psicoterapia

Personality disorders and psychotherapy

M. ROMANI, G. LEVI

*Dipartimento di Scienze Neurologiche Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva,
Università di Roma La Sapienza*

PAROLE CHIAVE. – Disturbo borderline di personalità - Psicoterapia - Psicopatologia dello sviluppo

KEY WORDS. – *Borderline personality disorder - Psychotherapy - Developmental psychopathology*

Summary

The authors focus on the early PD organization in childhood. Developmental Psychopathology is looked upon as a telling box of the PD histories. Borderline Personality Disorder psychotherapy evidence based studies are analysed. The importance of setting and facing a wide spectrum intervention is outlined in order to enhance the PD at risk child appropriation of his/her inner world needs in relation to others' requests and pressures.

Psicopatologia dello sviluppo e disturbi di personalità

La psicopatologia dello sviluppo (PS) individua i modelli evolutivi dei disturbi nel tempo ed uno dei quesiti base della disciplina è la possibilità di individuare le aree di disfunzionamento più sensibili ad evoluzioni negative. In breve, uno dei compiti della PS risiede nel cercare di capire quanto i disturbi dell'età evolutiva creino antecedenti sensibili ed aree di vulnerabilità per la stabilizzazione di quadri sindromici che andranno ad interessare il funzionamento di quello stesso bambino ormai diventato adulto ¹. Potremmo dire che la PS ha il compito di capire quanto la presenza di disturbi singoli e disturbi in comorbilità, in determinati momenti dello sviluppo e con differenti gradi di gravità, possa incidere sulla strutturazione della personalità in corso.

Guardare in contropiede i dati provenienti dalle ricerche della PS ci consente di fare ipotesi sempre più attendibili sulla possibilità che determinati disturbi svolgano un ruolo di organizzatori primari per un disturbo di personalità (DP). La storia del disturbo ci permette di capire quanto la presenza di alcuni sintomi nel tempo abbia acquisito significati specifici per un dato bambino in un dato momento del suo sviluppo ². È importante ricordare che prima di poter assegnare una diagnosi di DP ad un bambino sarebbe prudente attendere che vi siano dati più consistenti dalle ricerche longitudinali sull'emergenza dei DP nell'arco della vita ³.

Qual è il percorso di sviluppo di un bambino a rischio DP? Dobbiamo forse adattare il termine DP alla fascia di sviluppo dell'età evolutiva prendendo in considerazione la possibilità di un disturbo più transitorio, laddove altri potrebbero essere a vita, o per lo meno ricorrenti? I concetti di equifinalità e multifinalità sottolineano come vi siano diversi percorsi verso e vari esiti a partire da, forme diverse di patologia. Secondo Cicchetti ⁴ l'equifinalità va intesa all'interno di un sistema aperto in cui una varietà di percorsi, con inclusione degli eventi casuali, possono condurre allo stesso esito. Per esito pertanto viene inteso non il semplice valore di una variabile singola ma invece lo stato complessivo del sistema che viene studiato. La multifinalità implica che l'effetto delle componenti sul funzionamento può variare in diversi sistemi, gli individui possono essere simili in un ampio numero di componenti che li descrivono in un determinato tempo, non dovrebbe necessariamente portarlo ad avere lo stesso esito a causa di differenze individuali presenti in altri aspetti del sistema/ambiente dell'individuo. Si rende quindi necessario uno studio parallelo tra sviluppo normale della personalità vs sviluppo atipico e disfunzionale della personalità.

La PS, seguendo i processi multipli che co-determinano la genesi, la fenomenologia e la sopravvivenza di alcuni disturbi, si intreccia costantemente con il processo di sviluppo della personalità in divenire. Quali possono essere le associazioni tra psicopatologia e personalità? Secondo Caspi e Shiner ⁵ esistono varie forme di associazione attraverso processi diversi:

- associazione per vulnerabilità- la personalità rappresenterebbe un fattore di rischio che rende l'individuo vulnerabile allo sviluppo di forme particolari di psicopatologia;
- associazione di spettro- la psicopatologia rappresenta l'estremo di un tratto di personalità o aggregazione di tratti distribuiti con continuità;
- associazione di mantenimento- la personalità può influenzare la manifestazione, il decorso e la prognosi di un disturbo;
- associazione di resilience- la personalità potrebbe proteggere contro lo sviluppo della psicopatologia in presenza di fattori di stress e avversità;
- associazione di scarring - l'esperienza di una psicopatologia consistente altera la personalità del bambino in modo definitivo.

In particolare l'associazione di scarring evidenzia un rapporto diretto tra disturbi dell'Asse I e disturbi dell'Asse II in stretto rapporto con il concetto di

persistenza nel tempo di un dato costruito sintomatologico. Viene pertanto individuato il rischio specifico sul percorso di organizzazione delle personalità dei disturbi ad esordio precoce che insistono con continuità temporale e variabilità fenomenologica nel corso della crescita di un bambino.

Lo sviluppo della personalità

Nonostante la personalità sia considerata estremamente stabile nel tempo e nelle situazioni, oltre che sostanzialmente imm modificabile, le ricerche più recenti sottolineano come le differenze di personalità, in una transazione con le circostanze ambientali, riescano ad organizzare i comportamenti in un modo dinamico nel tempo⁶⁷. Il percorso di sviluppo della personalità si costruisce tramite la successiva apposizione ed interazione di singoli tratti. I tratti di personalità (TP) sono tendenze emotive, cognitive e comportamentali rispetto alle quali diversi individui variano tra di loro. I TP si sviluppano attraverso un processo di elaborazione che consente a determinate caratteristiche temperamentali, che fanno parte dell'eredità genetica del singolo, di acquisire consistenza attraverso un rinforzo ripetuto, e svilupparsi in rappresentazioni cognitive ed affettive che vengono rapidamente e frequentemente attivate. I TP si aggregano in un costrutto centrale quando le caratteristiche temperamentali del bambino, attraverso il loro evolversi ed interagire con l'ambiente circostante, cominciano a costruire la storia ricorrente di esperienze interne, cognitive, affettive e relazionali. Si ritiene che i TP acquisiscano una loro organizzazione simile a quella adulta sin dall'età scolare. Bambini e adulti mostrerebbero pertanto cinque TP prevalenti⁸: Estroversione (indice della capacità sociali del bambino in termini di possibilità di apertura e facilità a nuove esperienze sociali); Nevroticismo (suscettibilità ad esperienze negative interne); Coscienziosità (indica la capacità autoregolative in previsione del raggiungimento di mete); Amabilità (capacità autoregolativa in gioco nel progetto di mantenimento delle relazioni affettive); Apertura all'esperienza (capacità di accedere all'incontro con il nuovo in condizioni di vitalità e curiosità verso la possibilità di arricchimenti esperienziali).

I TP tenderebbero dunque ad acquisire una progressiva maturazione e stabilizzazione nel tempo e subirebbero la pressione evolutiva di esperienze interne ed esterne al bambino, che tenderebbero col tempo a modellare la struttura definitiva. Ma accanto ai TP vi sono altri aspetti degni di considerazione nel percorso di sviluppo della personalità. Gli studi di McAdams e Pals⁹ hanno sottolineato il ruolo primario svolto dagli adattamenti caratteristici che rappresenterebbero un insieme ampio di adattamenti motivazionali, socio-cognitivi ed evolutivi che vengono concettualizzati in un tempo, un luogo ed un ruolo sociale. Questi elementi sarebbero legati a particolari contesti di vita, ruolo sociale svolto dalla persona e specifica fase di sviluppo della persona. McAdams e Pals ritengono che le caratteristiche adattative siano maggiormente influenzate dalla cultura e pertanto

subirebbero maggiori trasformazioni dei TP in conseguenza della loro natura dipendente dal contesto. Secondo questa teoria dovremmo pensare la personalità in divenire come soggetta a vari tipi d'influenze che determineranno la progressiva acquisizione di una costanza di espressione della personalità in riferimento ad uno spazio-tempo relazionale. Parlare di sviluppo di personalità comporta il costante mantenimento di uno sguardo tridimensionale su quanto sta accadendo ad un bambino in un determinato momento dello sviluppo all'interno di un particolare ambiente relazionale. Vale a dire che pensare in termini di sviluppo della personalità comporta la necessità di prevedere spazi di sviluppo all'interno dei quali il bambino, perseverando in alcune esperienze, possa acquisire una costanza d'uso, consapevole o non, di alcune strategie che utilizzerà all'interno di un tempo dello sviluppo e che si porranno come step precedente per un successivo obiettivo evolutivo determinato da fattori interni (neurobiologici, temperamentali, cognitivi, affettivi) e fattori esterni (ambiente, reazioni di coping/sensibilizzazione di risposte in relazione a fasi diverse dello sviluppo).

La personalità in divenire progredisce acquisendo una stabilizzazione di tratti e di struttura unitaria centrale intorno ai trent'anni¹⁰ ma alcuni elementi continuano a variare in risposta ad esperienze relazionali fino ai cinquant'anni circa. Molti ricercatori¹¹ sostengono che l'instabilità delle dimensioni di personalità in cui si aggregano i TP si protragga per tutto l'arco della vita ma, intorno ai cinquant'anni, si osserverebbe il massimo indice di stabilizzazione. Parlare di DP in età evolutiva comporta pertanto una rivisitazione del concetto di PS ed un'attenzione specifica alla possibilità di comprendere il significato delle aggregazioni dei TP in diversi momenti dello sviluppo. In tal senso sarebbe necessaria un'attenta valutazione del peso funzionale specifico di alcuni TP rispetto alle richieste evolutive specifiche della fase di sviluppo. Il significato evolutivo del singolo tratto va costantemente considerata in base alle varie funzioni che svolge in rapporto alla rappresentazione interna del singolo individuo e alla rappresentazione sociale dell'individuo all'interno del suo mondo relazionale. Da ciò si deduce che l'elemento dirimente per comprendere il percorso verso la stabilizzazione del DP risiede nel rapporto con il mondo esterno, nella storia relazionale. In breve, parlando di organizzazione di personalità e deficit di sviluppo della personalità possiamo immaginare che fino ai trent'anni si costruisca in maniera attiva la rete sociale all'interno della quale l'individuo impara a muoversi ed interagire. Il ridimensionamento drastico degli indici di variabilità del DP ai cinquant'anni si sovrapporrebbe all'ipotesi di un'avvenuta bonifica di alcuni territori socialmente instabili. Il deficit nucleare del DP può essere pertanto inteso come un fallimento nell'acquisizione di un competenza sociale.

Dalle sindromi al DP: quali sindromi per quali DP?

Appare difficile distinguere quali possono essere i singoli contributi dei vari disturbi dell'età evolutiva sul percorso di sviluppo dei vari DP dell'età adulta.

Da quanto precedentemente affermato possiamo desumere che i disturbi che più strettamente saranno coinvolti nella genesi di un DP dovranno avere un esordio precoce, una durevole persistenza nel tempo ed una significativa compromissione delle competenze sociali. Tra i disturbi presenti sull'Asse I quelli che appaiono contribuire in maniera considerevole al percorso di sviluppo verso un DP sono i disturbi del comportamento ed i disturbi affettivi con esordio precoce e durevole persistenza temporale. In una presentazione clinica precoce questi disturbi compromettono in maniera significativa la possibilità di accedere alle tappe di sviluppo sociali in maniera adeguata.

In particolare, i disturbi affettivi si presentano con una stretta associazione delle due componenti ansiosa e depressiva, si correlano ad alti livelli di affettività negativa ed a scarse competenze sociali. I disturbi del comportamento sono fermamente correlati a difficoltà nell'autocontrollo ed una generica tendenza alla disinibizione, affettiva, cognitiva e relazionale, con evidenti ricadute sociali.

In aggiunta a questo dobbiamo ricordare l'esistenza di un numero considerevole di fattori di rischio presenti in età evolutiva che esercitano una funzione di potenziali fattore di sviluppo dei DP, in accordo con il concetto di equifinalità: esperienze precoci di trauma e abuso, abbandono precoce o fallimento della funzione genitoriale da parte dei caregivers, fattori socio economici e neurobiologici.

È importante considerare il concetto di traiettoria dinamica per sottolineare l'importanza dell'identificazione precoce di periodi critici per lo sviluppo di un DP per comprendere meglio il decorso della patologia della personalità e periodi della vita potenziali in cui la prevenzione e l'intervento possono svolgere un ruolo evolutivamente efficace. I primi due anni di vita rappresenterebbero il momento evolutivo di massimo rischio potenziale per la genesi di atipie nei modelli di sviluppo dell'attaccamento¹², per lo sviluppo della regolazione emotiva e per la capacità di auto-controllo. Secondo Fonagy e Bateman¹³ atipie nell'attaccamento nella prima fasi di vita determinerebbero un fallimento nella capacità fornire lo sviluppo di un'adeguata regolazione emotiva ed autocontrollo, mettendo il bambino su un percorso di rischio potenziale per lo sviluppo di un disturbo borderline di personalità. Durante l'età di latenza uno dei compiti evolutivamente più significativi risiede nello sviluppo del consolidamento dell'identità¹⁴ che appare di converso l'area di maggior fragilità nel percorso di sviluppo verso DP del Cluster B. La preadolescenza è stata poi considerata come l'epoca a maggior rischio per l'emergenza di tratti narcisistici atipici per lo sviluppo poiché in genere attorno ai dieci anni si ridimensiona la tendenza a sopravvalutare le proprie competenze. Questi saranno pertanto tratti difforni da quelli che si aggregano nel consolidare la struttura di personalità adattiva del futuro adolescente, ma, tratti di personalità che caricano su elementi narcisistici che comporteranno devianze relazionali negli anni a seguire.

Il cambiamento della natura delle relazioni sociali nella prima adolescenza comporta un rischio potenziale per fattori di stress durante questo periodo della vita. Ad esempio, l'esperienza della vergogna aumenta nella fine latenza e prima adolescenza con lo sviluppo di una maggior auto consapevolezza e potrebbe

interagire con tratti narcisistici e concorrere allo sviluppo di esiti disadattivi, come comportamenti aggressivi. Le strategie di comunicazione sociale vengono anch'esse sottoposte ad un processo maturativo durante la latenza, che è stata definita come un periodo critico per lo sviluppo di deficit comunicativi verso il disturbo schizotipico di personalità.

Alcuni ricercatori hanno sottolineato che la presenza precoce di un disturbo della condotta nello sviluppo sia l'equivalente di un DP¹⁵. La stabilità dei sintomi DP che compaiono nella preadolescenza mostra un'esile stabilità che tende ad aumentare lentamente con il tempo. In particolare si è visto come i sintomi del cluster B in adolescenza siano più stabili di quelli dei disturbi d'internalizzazione o esternalizzazione.

Un altro momento critico per lo sviluppo dei DP è la transizione verso l'età adulta. L'età adulta rappresenterebbe il momento in cui individui che, in precedenza, manifestavano tratti disadattivi diventano sempre più devianti rispetto alla media. Si è a lungo dibattuto sul ruolo evolutivo svolto dalla concretizzazione di processi di autonomia consistenti nella separazione dalle famiglie d'origine e l'avvio di una vita relazionale indipendente.

Un elemento importante da valutare nello sviluppo consiste nella nozione di cambiamenti normativi durante lo sviluppo. Pertanto, comportamenti che vengono considerati evolutivamente appropriati in un determinato momento dello sviluppo potrebbero diventare disadattivi in un altro. È inoltre importante differenziare da un punto di vista di sviluppo le manifestazioni psicologiche incongruenti che potrebbero rappresentare una traiettoria di sviluppo in ritardo da quelle che hanno un più definibile significato psicopatologico. In alcuni casi un cambiamento sintomatologico nel tempo non è necessariamente indicativo di una minor difficoltà, poiché gli esiti negativi potrebbero ancora risultare in casi in cui gli individui non raggiungono più la soglia sintomatologica.

Secondo il PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*)¹⁶ possiamo parlare di precoci pattern di sviluppo di DP che si correlano ad un'eterogeneità di soluzioni finali DP. Il pattern di sviluppo viene inteso con un sistema di funzionamento interno e relazionale caratterizzato da problematiche sempre più significative in ambito sociale che tiene conto di parametri evolutivi interdipendenti che si possono sviluppare secondo un range di soluzioni che va dalla normalità alla patologia. Nuovamente il PDM non fissa la patologia di personalità e non la struttura all'interno di un percorso di continuità omotipica, bensì solleva e amplifica la questione attorno al peso evolutivo di alcuni pattern precoci di personalità.

La patologia borderline in età evolutiva

La patologia borderline rappresenta una forma estremamente grave di psicopatologia¹⁷. Le sue prime definizioni comprendevano un'eterogenea popolazione di bambini che andava da forme borderline a forme schizotipiche che sembravano

discostarsi ampiamente dalla patologia adulta. Vi è ancora un'estrema incertezza attorno alla diretta continuità di un borderline bambino con un borderline adulto. In effetti i sintomi di un disturbo borderline di personalità (DBP) possono seguire vari e distinte traiettorie di sviluppo e non vanno necessariamente considerati come sinonimi di un disturbo persistente. Piuttosto, nell'ottica della PS, questi bambini potranno seguire percorsi diversi in relazione a fattori di rischio e protettivi che incontreranno nel corso della loro crescita. Il ventaglio di soluzioni prognostiche che si apre nel loro sviluppo va da evoluzioni adattative ad una psicopatologia complessa che si muove tra i disturbi affettivi e comportamentali fino alla patologia di personalità dell'adulto.

La sintomatologia borderline si definisce attorno ad alcuni nuclei portanti ¹⁸⁻²⁰:

- disregolazione affettiva caratterizzata da un'affettività intensa, estremamente instabile ed inappropriata rispetto alla specifica situazione scatenante;
- ipersensibilità cognitiva con iperattivazione in risposta a stimoli esterni ed interpretazione negativistica di quanto proveniente dagli altri;
- impulsività e difficoltà nell'autoregolazione di comportamenti aggressivi relazionali e fisici;
- mancanza di un senso di sé coerente e coeso;
- relazioni oggettuali instabili con difficoltà a sviluppare e mantenere complesse e costanti rappresentazioni degli stati mentali e delle intenzioni e scarsa capacità di acquisizione di livelli appropriati di autonomia e fiducia all'interno delle relazioni intime con una continua richiesta di relazioni esclusive.

Quale intervento psicoterapeutico per il DBP in età evolutiva?

È estremamente difficile fare una rassegna della letteratura sulla psicoterapia del DBP in età evolutiva, sia perché la diagnosi è ancora oggetto di discussione, sia perché non esistono studi che analizzino la parabola evolutiva del DBP dall'età evolutiva a quella adulta. Da quanto precedentemente affermato possiamo cercare di analizzare il problema attraverso due vertici osservativi: da una parte valutare gli studi sull'efficacia terapeutica in giovane età adulta; dall'altra fare un'analisi degli studi e ricerche sul trattamento del bambino a rischio borderline.

Allo stato attuale della ricerca scientifica viene sottolineata una scarsa attendibilità specifica dell'efficacia di una singola linea terapeutica per la patologia borderline ^{21 22} che, nel quadro conclamato in età adulta, risponde poco alla terapia farmacologica e necessita di un intervento integrato su più fronti, individuale, familiare e sociale. Le più importanti terapie per il trattamento del DBP che sono state sottoposte ad una verifica di efficacia sono attualmente cinque:

- la terapia dialettico comportamentale di matrice cognitivista (*Dialectical Behavioural Therapy*, DBT) di Linehan ²³;

- il trattamento basato sulla mentalizzazione (*Mentalization Based Treatment, MBT*) di Bateman e Fonagy²⁴;
- la terapia cognitivo comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy, CBT*) secondo il modello di Beck²⁵;
- la terapia cognitivo-analitica di Ryle (*Cognitive Analytic Therapy, CAT*)²⁶;
- la psicoterapia centrata sul transfert (*Transference Focused Psychotherapy, TFP*) ispirata alla teoria di Otto Kernberg.

Gli studi empirici sull'efficacia di queste terapie sono decisamente pochi. La tecnica che vanta il maggior numero di studi di efficacia è la DBT^{23 27 28}. Gli studi su popolazioni adulte evidenziano una certa efficacia di tale terapia ed altri trattamenti psicosociali. Vi sono dati confortanti sull'uso della DBT con adolescenti suicidarii molti dei quali con sintomatologia borderline²⁹. L'elemento dialettico si riferisce all'aiutare l'adolescente nel cambiare ciò che necessita cambiamento ed accettare ciò che rappresenta una valida risposta alle circostanze. Tutti gli studi tendono a sottolineare una riduzione del rischio suicidario e della sintomatologia depressiva.

Anche la MBT è stata sottoposta studi controllato randomizzati. Nel primo, condotto da Bateman e Fonagy nel 1999³⁰, sono stati valutato 44 pazienti in regime di day hospital assegnati in modo casuale a MBT ed a Trattamento Usuale (TAU) all'interno di un contesto di parziale ospedalizzazione con un servizio di assistenza psichiatrica di routine. La durata del trattamento è stata di 18 mesi al termine dei quali la MBT si è rivelata strumento estremamente valido tanto da ridimensionare l'intensità della sintomatologia globale dei pazienti borderline e ridurre drasticamente il rischio di comportamenti suicidari e dei sintomi depressivi in toto. In un secondo studio, nuovamente condotto da Bateman e Fonagy nel 2001³¹ i 44 pazienti dello studio precedente sono stati sottoposti a intervalli di tre mesi dalla fine del trattamento iniziale utilizzando la stessa batteria di misura sulla prognosi dimostrando un mantenimento dei miglioramenti precedenti nel gruppo MBT con evidente miglioramento nel funzionamento sociale ed interpersonale e si sottolineava l'efficacia terapeutica di una psicoterapia a orientamento analitico sulla sintomatologia suicidaria e sugli aspetti depressivi in frequente correlazione con trattamenti farmacologici specifici.

Nel 2003³² gli autori hanno valutato i costi di servizi sanitari relativi all'MBT rispetto al TAU. Dalla loro analisi è risultato che il Trattamento basato sulla Mentalizzazione per i borderline non è più costoso rispetto al TAU.

È stato fatto uno studio sulla CBT³³ su 32 pazienti e della durata di 12 mesi. Al termine di tale periodo si è osservato una riduzione dei pensieri disfunzionali ed in minor misura dei sintomi comportamentali.

La ricerca sulla CAT³⁴, ha osservato 27 pazienti in trattamento per 12 mesi rilevando un miglioramento della sintomatologia affettiva e del funzionamento sociale circa nella metà dei casi, un parziale o nullo miglioramento nella restante metà.

La TFP verte sulle dinamiche oggettuali (e.g. paura dell'abbandono, aggressività) e sulle difese dei pazienti (ad es. la scissione), e procede attraverso una gerarchia di obiettivi terapeutici, spostandosi dal contenimento dei comportamenti suicidari ed auto-distruttivi (orientato al transfert negativo che può interferire con il trattamento) alla focalizzazione sull'identificazione e alterazione delle dinamiche relazionali dominanti. In uno studio preliminare sulla TFP³⁵ sono state valutate 23 pazienti di sesso femminile in un arco di tempo di 12 mesi. Clarkin et al. nel 2004³⁶ hanno condotto una successiva ricerca sulle 23 pazienti sottoposte a TFP per 12 mesi e hanno evidenziato un miglioramento della sintomatologia comportamentale e del funzionamento adattivo globale. I dati iniziali pre-post hanno sottolineato una significativa riduzione dei tentativi di suicidio, una riduzione della gravità delle lesioni derivanti da comportamenti autoaggressivi ed un minor numero di giorni di ospedalizzazione.

Appare evidente come negli studi sul DBP adulto persista una mancanza di attendibilità legata all'esiguità numerica degli studi controllati e da un'ambiguità di fondo intorno alla specificità di alcuni risultati ottenuti con l'intervento terapeutico. Nessuno studio sembra differenziare i risultati in base alla specificità della tecnica usata eludendo pertanto la risoluzione di una questione aperta attorno al perché interventi diversi riescano ad ottenere un miglioramento adattivo su medesime aree sintomatologiche. Sarebbe interessante capire i meccanismi specifici di ogni singola terapia al fine di valutarne la reale efficacia rispetto ai meccanismi disfunzionali caratterizzanti il disturbo e soprattutto per poter determinare la specificità di una trattamento rispetto ad un altro in base alle specifiche esigenze cliniche del singolo paziente in base alle aree di compromissione maggiormente presenti. Un simile ragionamento risulterebbe di grande interesse anche nelle prospettive della psicoterapia infantile dei borderline.

Il problema della efficacia delle terapie psidinamiche

Si ritiene che la ricerca sulla psicoterapia psicodinamica infantile sia ancora più indietro di quella sulla psicoterapia psicodinamica con adulti e che non si sia ancora dedicata a fondamentali quesiti della ricerca contemporanea su quale gruppo di procedure sia efficace quando applicato a quale tipo di pazienti, con quale tipo di problemi e messo in atto da quale tipo di terapeuti²¹. Numerose limitazioni hanno reso la psicoterapia psicoanalitica individuale, e i modelli di trattamento residenziale a lungo termine basati su un setting psicodinamico, a rischio di essere abbandonati come imprese non pratiche, non scientifiche, non economiche, se non controproducenti per:

- mancanza di funzionalità nelle descrizioni di interventi tecnici;
- aspecificità di interventi tecnici adatti a bambini con una diagnosi particolare;
- prove limitate dell'efficacia, specialmente quelle derivate da studi controllo randomizzati;

- un rapporto piuttosto incoerente tra teorie psicopatologiche (a loro volta scarsamente sostenute da dati empirici), teorie di tecnica e tecniche come effettivamente attuate nella pratica clinica;
- trattamento protratto, e quindi costoso, mirato a traguardi piuttosto globali;
- assenza di procedure affidabili per valutare il progresso clinico in atto.

Queste limitazioni sono state alimentate dall'idea che approcci a lungo termine, di orientamento psicoanalitico, al trattamento di bambini e di adolescenti con disturbi gravi di personalità siano stati non solo costosi e inefficaci ma anche effettivamente dannosi, perché presumibilmente, favoriscono la regressione e la dipendenza, inducono ricordi falsi di abuso e di persecuzione e, più generalmente, inaspriscono il disadattamento di questi bambini e delle loro famiglie. Accuse del genere hanno risonanza nelle organizzazioni di cura diretta, mirate al trattamento a breve termine e a risparmi sui costi a breve termine.

Alcuni analisti infantili hanno sostenuto che la ricerca empirica sia antitetica all'essenza stessa degli interventi psicodinamici. Tuttavia, un consenso sempre maggiore suggerisce che è possibile e, di fatto, è essenziale, esaminare sistematicamente quali aspetti delle tecniche di psicoterapia psicoanalitica pediatrica sono efficaci per quali tipi di disturbi clinici o evolutivi. La revisione della classificazione e l'esame attento di 763 casi di bambini e adolescenti in trattamento psicoanalitico e psicodinamico presso l'Anna Freud Centre ³⁷ è stata di estrema importanza in questa direzione. Questi studi hanno rivelato che il trattamento psicodinamico era, come ci si aspettava, particolarmente efficace per bambini la cui diagnosi includeva un disturbo affettivo. Tuttavia, bambini con una diagnosi di un unico disturbo affettivo e con livelli relativamente alti di adattamento, sembrano avere pari probabilità di trarre beneficio da una terapia non intensiva (una seduta alla settimana) che da un trattamento intensivo (3-5 sedute alla settimana). Eppure è ancora più stupefacente la scoperta che il trattamento intensivo fosse particolarmente efficace per bambini con problemi psicosociali gravi, di lunga data e complessi, inclusi i disturbi di condotta, data la presenza nella diagnosi di almeno un disturbo affettivo (per es. disturbo da ansia, distimia). Questo gruppo di bambini, dalla psicopatologia complessa, sembrava trarre poco giovamento da una psicoterapia non intensiva, di una seduta alla settimana. Tuttavia, gli interventi più utili per loro erano diversi da quelli precedentemente descritti come fondamentali per approcci psicoanalitici. In particolare, le interpretazioni sul conflitto inconscio mirate a promuovere l'introspezione, che sono state la parte centrale della tecnica psicoanalitica, sembravano avere un valore limitato per questi ragazzi. Questo studio, sebbene limitato dalla sua natura retrospettiva, ha sollevato questioni fondamentali attorno al concetto di indicazione giusta per il trattamento e alla natura degli elementi terapeutici della psicoterapia infantile orientata psicoanaliticamente.

Il modello di Bleiberg

La psicoterapia infantile ad orientamento psicoanalitico ha sempre mirato a rafforzare la capacità dei bambini di riconoscere e di controllare gli stati mentali. L'accrescimento di questa capacità li aiuta a controllare il proprio comportamento e a comprendere i sentimenti di altre persone e le ragioni del loro modo di agire. Per i bambini con disturbi gravi di personalità Bleiberg¹⁷ propone un programma di trattamento basato su uno sforzo sistematico per aiutarli a riacquistare la funzione riflessiva al cospetto di segnali interni e/o esterni che causano la loro inibizione. Concentrarsi sulla funzione riflessiva consentirebbe di definire e valutare con maggiore chiarezza gli interventi chiave e la possibilità di un approccio mirato in modo più specifico ai problemi evolutivi e di adattamento particolari di bambini e di adolescenti con disturbi gravi di personalità. Cercare di accrescere la funzione riflessiva secondo Bleiberg consentirebbe anche una fruttuosa fecondazione trasversale tra la psicoterapia con orientamento psicoanalitico e altre terapie sostenute empiricamente, quali terapia cognitiva-comportamentale e psicoterapia interpersonale. Questi approcci vantano dati solidi che documentano la loro utilità a migliorare sintomi che sono specifici dei bambini³⁸ e possono anche dimostrare la normalizzazione del funzionamento cerebrale in studi di imaging dopo un ciclo di trattamento³⁹. Vi sarebbe un punto di partenza comune per le terapie psicodinamiche e terapie cognitive dei disturbi di personalità: migliorare i deficit meta cognitivi (o della funzione riflessiva) partendo dall'assunto comune che tali abilità non siano entità stabilite ma risentano positivamente o negativamente delle relazioni interpersonali. Entrambi gli approcci quindi si focalizzerebbero sull'istaurarsi di una buona relazione terapeutica come strategia per accrescere la competenza metacognitiva sia nel bambino che nel caregiver, tanto che Fonagy definisce il terapeuta come il "precursore" dell'autoriflessività del paziente. Come nota Bleiberg in questa unità di intenti terapeutici ci può essere un fecondo spazio di interazione tra modelli psicoterapici ad orientamento psicodinamico e terapie cognitivo-comportamentali e quelle interpersonali che hanno come scopo ultimo quello di produrre un cambiamento nel modo in cui le persone organizzano e strutturano la loro esperienza. Un altro punto di convergenza è la constatazione della difficoltà estrema nel trattare questo tipo di pazienti, siano essi stessi adulti o ragazzi, e della facilità di incorrere con essi in cicli interpersonali coercitivi, nocivi ed antiterapeutici.

La terapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia interpersonale e l'approccio psicoterapico di Bleiberg mirano tutti a produrre un cambiamento nel modo in cui le persone organizzano e strutturano l'esperienza. La terapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia interpersonale sono entrambe più attive e istruttive e più strettamente concentrate su processi disadattativi specifici, per esempio, sulle cognizioni particolari alla base della scarsa autostima. Queste caratteristiche sono fattori importanti che spiegano il successo di queste terapie a risolvere sintomi specifici. Al contrario, un modello mirato ad accrescere la fun-

zione riflessiva, sebbene più mirato e attivo rispetto agli approcci psicoanalitici tradizionali, cerca comunque di promuovere un ampio gruppo di capacità alla base di un modello complesso di sentire, di fronteggiare gli eventi e di rapportarsi, piuttosto che tentare di correggere un deficit sociale specifico. Un approccio psicoterapeutico centrato ad accrescere la funzione riflessiva trae vantaggio dalla sua eredità psicoanalitica. Gli analisti infantili hanno infatti sempre supposto che i sintomi dei bambini e il modo in cui i bambini organizzano il loro mondo soggettivo rappresentino un adattamento ampiamente inconscio alle domande sia del loro mondo interno che della realtà esterna. Quindi i terapeuti con orientamento psicoanalitico anticiperebbero i tentativi dei bambini di resistere agli interventi terapeutici, di combattere il cambiamento e, di volta in volta, di sabotare gli sforzi fatti per il loro bene. Questa conoscenza è vitale quando si intraprende il trattamento di ragazzi con disturbi gravi di personalità come il DBP. Un cambiamento, per quanto mosso da buone intenzioni, minaccia un adattamento raggiunto a fatica. L'esperienza clinica accumulata dalla psicoanalisi infantile e da terapeuti con orientamento psicodinamico li ha preparati ad apprezzare le ansie dei bambini e ad occuparsi di queste ansie che, in questo caso, includono l'ansia di mantenere un atteggiamento riflessivo, risvegliando così stati mentali potenzialmente insopportabili negli stessi bambini e in quelli più vicini a loro. Tuttavia, le ansie dei pazienti non costituiscono l'unico problema possibile. Il training, la supervisione e il trattamento personale, sensibilizzano i professionisti ad orientamento psicodinamico ad usare meglio le loro reazioni emotive per comprendere il mondo soggettivo dei loro pazienti piuttosto che farsi intrappolare dalle sabbie mobili dei modelli rigidi e confusivi, di esperienza e di rapporto che questi ragazzi tendono a suscitare.

Bleiberg pertanto riformula la psicoterapia da una modalità, soprattutto a orientamento introspettivo, che risolve conflitti, ad un approccio basato sul promuovere la funzione riflessiva e l'avvicina alla corrente principale della ricerca evolutiva contemporanea, che si concentra tra fattori di rischio e fattori di protezione. Questa riformulazione allinea anche la psicoterapia alle vedute attuali sui fattori che promuovono la capacità di ripresa di bambini vulnerabili e delle loro famiglie. Un programma di trattamento mirato a incrementare la funzione riflessiva contiene anche la promessa di integrare le prospettive derivate dal mondo soggettivo-intrapsichico di affrontare e di fare esperienza con quelle che emergono dalla posizione vantaggiosa dei sistemi di interazione familiare e sociale che includono sempre la soggettività. I bambini e adolescenti con DP formano, modificano e rafforzano la disfunzione della loro famiglia proprio tanto quanto la disfunzione della loro famiglia forma, modifica e rafforza il loro disadattamento. La funzione riflessiva, quel meccanismo che collega esperienza interna a realtà interpersonale, fornisce un ponte tra questi due mondi. Posta dove convergono prospettive neurobiologiche, psicologiche e psicosociali, la funzione riflessiva, ed il sistema di attaccamento da cui origina, possono servire da collante concettuale che unisce interventi farmacologici, cognitivi e familiari in un programma coerente e integrato di trattamento. Da questa posizione di vantaggio concettua-

le, si capisce perché gli interventi mirati all'esperienza soggettiva dei bambini abbiano necessariamente un impatto sui modelli di rapporto familiare, mentre gli approcci mirati solo al comportamento o a modelli di interazione familiare inevitabilmente alterino l'organizzazione interna dei bambini.

Conclusioni

Il significato storico di un DBP ad esordio precoce impone una lettura dinamica degli indicatori di rischio che possono progressivamente organizzare e stabilizzare la sintomatologia borderline, al fine di orientare gli interventi terapeutici che possano ridimensionare il rischio di prognosi avverse⁴⁰. L'intervento psicoterapico deve necessariamente tenere conto dei fattori derivanti dal complicato interscambio tra bambino e ambiente; il processo di sviluppo di una personalità disadattiva comporta un flusso alterato di esperienze relazionali. Se, ad esempio, poniamo l'attenzione sul problema della disregolazione affettiva (Fig. 1), possiamo immaginare uno schema complesso di reazioni circolari che concorrono alla sua fissazione e stabilizzazione. Il problema del borderline bambino è ancor più complicato in quanto i nuclei portanti possono essere letti sia con una griglia di decodifica a cascata sia con un complesso scambio transazionale a partire da quello che viene considerato il deficit centrale del disturbo, vale a dire la difficoltà di rappresentazione degli stati mentali dell'altro⁴¹.

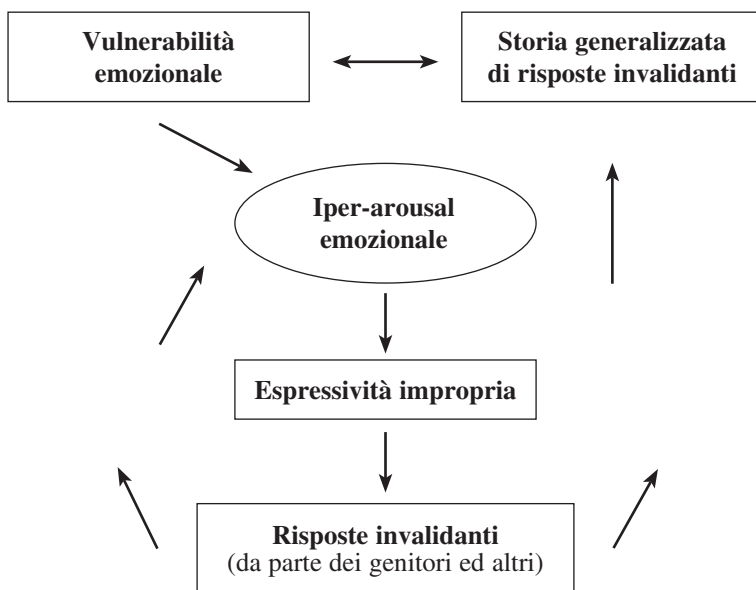


Fig 1. Il circuito della disregolazione affettiva.

Ma il processo della mentalizzazione mostra considerevoli fluttuazioni nel tempo e nei diversi contesti relazionali, non soltanto in funzione del livello di stress emozionale caratterizzante la specifica situazione ma, soprattutto, come funzione della particolare qualità di una relazione. Più forte è il livello di attaccamento nella relazione più sarà probabile che emerga la difficoltà di mentalizzazione. In base alla teoria dell'attaccamento una rappresentazione mentale di disagio può essere consolata dal genitore internalizzato come aspettativa inconscia di un accudimento, presente e futuro, e diventa il fondamento di un senso di sé contraddistinto da sentimenti comprensibili che evocano e meritano cura. Sarebbero queste aspettative inconscie a guidare il bambino nella ricerca di una consolazione. Il bambino a rischio borderline sperimenta un livello di contraddizione affettiva e cognitiva tale da non riuscire a costruire dentro di sé una continuità di esperienze affettive e cognitive che lo guidino verso una rappresentazione coerente di sé in relazione agli altri. Il processo di alienazione di una parte di sé incombe come elemento disregolatore interno attraverso il quale il bambino segnala l'incoerenza appresa nel suo dialogo con il mondo esterno attorno ai suoi bisogni e la lettura ed interpretazione degli stessi da parte dell'altro e, conseguentemente, la sua capacità di interpretare le richieste del mondo esterno in maniera congrua.

È evidente come l'approccio psicoterapico al bambino a rischio borderline dovrebbe coinvolgere il mondo relazione del bambino stesso. In particolare, l'intervento sulla famiglia risulta di primaria importanza per individuare e proteggere ed accrescere le eventuali aree di resilienza relazionale presenti all'interno della famiglia, nonostante la possibile presenza di una patologia borderline di struttura della stessa.

Il trattamento di questi gravi disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti richiede una convergenza integrativa. La discontinuità di esperienza oppure l'incapacità di creare coerenza e organizzazione sia nel mondo interno che in quello esterno è fondamentale per il disadattamento di questi ragazzi ed è l'elemento caratterizzante del contesto che mantiene e rafforza la loro psicopatologia. Il traguardo volto a rafforzare la funzione riflessiva fornisce una convergenza del genere, guidando la successione di interventi psicoterapeutici, farmacologici, educativi e familiari. L'integrazione nella progettazione e nell'attuazione del trattamento è essenziale per ristabilire il potere protettivo e risanante della funzione riflessiva. Questa funzione consente a bambini e adolescenti con DBP la generazione di una narrativa coerente della loro esperienza e del loro mondo che è il risultato di scambi intersoggettivi che si verificano nel contesto di legami umani significativi. Così, l'integrazione e la continuità di comprensione e di progettazione sono ancora più vitali della disponibilità di uno spettro completo di interventi terapeutici e di una continuità dei servizi. L'approccio terapeutico deve essere mirato al rafforzamento delle capacità socio-cognitive, al potenziamento delle competenze riflessive all'interno delle relazioni, all'intervento sulla famiglia al fine di ridimensionare l'impatto di circuiti relazionali e comunicativi disturbati ed il trattamento deve essere adattato alle tradizioni culturali della famiglia, e infine

al coinvolgimento del mondo scolastico del bambino con la programmazione di un intervento di rete per potenziare lo spazio di ascolto.

In breve, il traguardo complessivo del programma terapeutico è quello di accrescere la funzione riflessiva dei bambini, dei loro caregiver e aumentare la comprensione attorno al bambino borderline. La psicoterapia dei quadri a rischio borderline precoce deve agire su obiettivi diversi che hanno in comune lo scopo di formare un'alleanza e promuovere la funzione riflessiva sia del bambino che della sua famiglia. Il timing dell'efficacia terapeutica ⁴² è elemento di primaria importanza per valutare la sensibilità di alcune situazioni cliniche ad un approccio psicoterapico in grado di riformulare i pattern di sviluppo per un dato disturbo e ridimensionare gli estremi prognostici dello stesso. È necessario dare al bambino a rischio borderline uno spazio per pensare e reintegrare il vuoto tra la sua esperienza primaria la sua rappresentazione simbolica attraverso la costruzione di una rete d'interventi volti a potenziare la capacità dialettica riflessiva del bambino e del suo ambiente. Riflettere sui DP in età evolutiva ci consente di: a) monitorare in itinere quadri clinici con decorsi e prognosi francamente distinti; b) vincere la scommessa diagnostica sui punti di reperi delle patologie psichiatriche ad esordio precoce, individuando in tempo reale i percorsi a più alto rischio evolutivo; c) programmare livelli di presa in carico ad alto indice predittivo per la prognosi del disturbo; d) sperimentare programmi di psicoterapia di rete a copertura degli spazi relazionali del bambino a rischio DP.

La diagnosi borderline ed un approccio evolutivo alla comprensione del disturbo hanno le loro radici nella teoria psicoanalitica. Oggi è ormai evidente che in molti casi i fattori ambientali mettono in moto una cascata di eventi biologici modulati geneticamente che mediano significati psicologici all'interno delle relazioni interpersonali. Ciononostante, parafrasando Bradley e Westen ²¹, un approccio dinamico alla natura, eziologia e trattamento del DBP non va considerato reperto fossile per un museo psichiatrico bensì componente vitale del processo di comprensione sull'evoluzione del DBP.

Riassunto

Gli autori affrontano il problema dell'organizzazione precoce di un DP utilizzando e rileggendo la psicopatologia dello sviluppo come contenitore narrante della storia di un DP. Si affronta il tema dell'efficacia terapeutica della psicoterapia del disturbo borderline di personalità attraverso l'analisi degli studi riportati in letteratura. Si sottolinea la necessità di organizzare ed affrontare un percorso terapeutico ad ampio raggio con l'obiettivo di potenziare l'appropriazione da parte del bambino a rischio di disturbo di personalità dei bisogni del proprio mondo interno in relazione alle richieste e sollecitazioni che gli vengono rivolte.

Bibliografia

- ¹ Mervielde I, De Clercq B, De Fruyt F, van Leeuwen K. *Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders*. J Personal Disord 2005;19:171-201.
- ² Levi G, Romani M. *Psicopatologia dello Sviluppo*. In: *Enciclopedia Medica Italiana*. III Aggiornamento. Firenze: USES 2008, pp. 3263-3270.
- ³ Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. *Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life*. J Child Psychol Psychiatry 2006;47:276-95.
- ⁴ Cicchetti D. *Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections*. Dev Rev 1993;13:471-502.
- ⁵ Caspi A, Shiner RL. *Temperament and personality*. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, et al. (eds.). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5th ed. Malden, MA: Blackwell 2008, pp. 182-198.
- ⁶ Caspi A, Shiner RL. *Personality development*. In: Eisenberg N (ed.). *Handbook of child psychology. Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. 6th ed. Hoboken, NJ: Wiley 2006, pp. 300-365.
- ⁷ Shiner RL. *The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence*. Dev Psychopathol 2009; 21:715-34.
- ⁸ John OP, Naumann LP, Soto CJ. *Paradigm shift to the integrative Big Five taxonomy: History, measurement, and conceptual issues*. In: John O.P, Robins RW, Pervin LA (eds.). *Handbook of personality: Theory and research*. 3rd ed. New York: Guilford Press 2008, pp. 114-158.
- ⁹ McAdams DP, Pals JL. *A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality*. Am Psychologist 2006;61:204-17.
- ¹⁰ McCrae RR, Costa P.T Jr, Ostendorf F, Angleitner A, Hrebickova M, Avia MD, et al. *Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development*. J Personal Social Psychol 2000;78:173-86.
- ¹¹ Roberts BW, Del Vecchio WF. *The rankorder consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies*. Psychol Bull 2000;126:3-25.
- ¹² Anglin DM, Cohen PR, Chen H. *Duration of early maternal separation and prediction of schizotypal symptoms from early adolescence to midlife*. Schizophrenia Research 2008;103:143-50.
- ¹³ Fonagy P, Bateman A. *The development of borderline personality disorder - A mentalizing model*. J Personal Disord 2008;22: 4-21.
- ¹⁴ Crawford TN, Cohen P, Johnson JG, Sneed JR, Brook JS. *The course and psychosocial correlates of personality disorder symptoms in adolescence: Erikson's developmental theory revisited*. J Youth Adolesc 2004;33:373-87.
- ¹⁵ Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. *The children in the community study of developmental course of personality disorder*. J Personal Disord 2005;19: 466-86.
- ¹⁶ AAVV *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Cortina 2008.
- ¹⁷ Bleiberg E. *Il trattamento dei disturbi di personalità nel bambino e nell'adolescente*. (trad. it. Fioriti ed. 2004).
- ¹⁸ Geiger T, Crick NR. *A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders*. In: Ingram RE, Price JM (eds.). *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. New York: Guilford Press 2001, pp. 55-102.
- ¹⁹ Westen D, Heim AK. *Disturbances of self and identity in personality disorders*. In: Leary MR, Tangney JP (eds.). *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press 2003, pp. 643-664.
- ²⁰ Weston CG, Riolo SA. *Childhood and adolescent precursors to adult personality disorders*. Psychiatric Annals 2007;37:114-20.
- ²¹ Bradley R, Westen D. *The psychodynamic of BPD: A view from developmental psychopathology*. Dev Psychopathol 2005;17:927-57.
- ²² Fonagy P, Luyten P. *A developmental mentalization based approach to the understanding and treatment of BPD*. Dev Psychopathol 2009;21:1355-83.

- ²³ Linehan MM. *Il trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline, il modello dialettico*. 1993. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina 2001.
- ²⁴ Bateman A, Fonagy P. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. 2004. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina 2006.
- ²⁵ Beck AT, Freeman A. *Terapia Cognitiva dei Disturbi di Personalità*. 1990. Trad. it. Milano: Mediaser-ve 1993.
- ²⁶ Ryle A. *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder, the model and the method*. Chichester: John Wiley and Sons 1997.
- ²⁷ Koons CR, Robins CJ, Tweed JL. *Efficacy of dialettica behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder*. Behavior Therapy 2001;32:371-90.
- ²⁸ Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MWJ, de Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W. *DBT for Women with BPD*. Brit J Psychiatry 2003;182:135-40.
- ²⁹ Kazdin AE. *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. New York: Oxford University Press 2000.
- ³⁰ Bateman A, Fonagy P. *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial*. Am J Psychiatry 1999;156:1563-9.
- ³¹ Bateman A, Fonagy P. *Treatment of borderline personality disorders with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18th month follow up*. Am J Psychiatry 2001;158:36-42.
- ³² Bateman A, Fonagy P. *Health service utilization costs for borderline personality disorders patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care*. Am J Psychiatry 2003;160:169-71.
- ³³ Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits Christoph P, Beck AT. *An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder*. J Personal Disord 2004;18:257-71.
- ³⁴ Ryle A, Golyukina K. *Effectiveness of time-limited CAT of BPD: Factors Associated with outcome*. Brit J Med Psychol 2000;73:197-210.
- ³⁵ Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. *The development of a psychodynamic treatment for patients with BPD: A preliminary study of behavioral change*. J Personal Disord 2001;15:487-95.
- ³⁶ Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. *The Personality Disorders Institute of Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods and patient characteristics*. J Personal Disord 2004;18:52-72.
- ³⁷ Fonagy P, Target M. *Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre*. Journal of the American Psychoanalytic Association 1996;44:27-77.
- ³⁸ Kendall PC. *Child and adolescent therapy: Cognitive Behavior Procedures*. New York: Guilford Press 2000.
- ³⁹ Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps ME. *Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of OCD*. Arch Gen Psychiatry 1996;53:109-13.
- ⁴⁰ Romani M, Levi G. *Riflessioni teorico-cliniche intorno al disturbo borderline di personalità in età evolutiva*. Infanzia e Adolescenza 2006;5:1-10.
- ⁴¹ Fonagy P, Roth A, Higgitt A. *Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom*. Bull Menninger Clin 2005;69:1-58.
- ⁴² March JS. *The future of Psychotherapy for mentally ill children and adolescents*. J Child Psychol Psychiatry 2009;50:170-9.