

Percorso diagnostico terapeutico nello Scopenso psichico adolescenziale: riferimenti teorico-clinici e strumenti di valutazione

Adolescent breakdown: study of personality functioning with SWAP-200-A

MARIA GRAZIA MARTINETTI^{***}, MICHELA BARATTI^{*},
PAOLO DIRINDELLI^{*}, ELISABETTA INNOCENTI^{*},
MARIA CRISTINA STEFANINI^{**}, MARIA RITA TROIANI^{*},
MICHELA CASELLI^{*}

Summary Objective: *To evaluate possibility in inpatients of a dimensional diagnostic and therapeutic process in the acute phase of adolescent breakdown using MCA axis of the Psychodynamic Diagnostic Manual and the SWAP-200-A.* Method: *20 adolescent presenting with breakdown subjected to the treatment protocol of Neuropsychiatry of Childhood and Adolescence of Careggi University Hospital of Florence, assessed at admission and after 6 months with categorical (DSM-IV-TR) and dimensional (Axis MCA PDM) instruments. Assessment of personality and global functioning (SWAP-200-A, HoNOSCA and C-GAS respectively) was performed. Results: There is a significant impairment in personality functioning at admission (T0): mean T-Score 33.57 ± 6.7. Slight improvement at 6 months (T1): T-Score score 38.47 ± 9.42. Breakdown seem to affect mostly emotional and relational functioning (Q factors Emotional Dysregulation and Inhibited Self-critical). There is a significant correlation between the scores of global functioning (C-GAS and HoNOSCA) and personality functioning (SWAP-200-A) both T0 and T1 (0.65 and 0.59 at T0, $p < .01$, 0.53 and 0.63 at T1, $p < .01$ respectively). Conclusions: The use of clinical instruments based on the reflective function of the clinician, allows to observe some changes otherwise not noticeable. The SWAP-200-A showed good sensibility. It allows to integrate and confirm the clinical point of view encouraging the discussion within therapeutic group. Analysis at 6 months showed slight changes, in particular an overall improvement in subjective symptoms and in adaptive behaviours (assessed with CGAS and HoNOSCA). At the same time we observed changes in the dimensions of MCA Axis of PDM. According to this data, in adolescent breakdown, it's important to use an integrated and*

^{*} SODc di Neuropsichiatria Infantile Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, Firenze.

^{**} Ricercatore Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino - Università degli Studi di Firenze.

^{***} Professore Associato Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino - Università degli Studi di Firenze.

intensive multidimensional intervention by early hospitalization with the aim of interrupting the vicious circles that maintain pathologic functioning.

Key words *Adolescent breakdown - Multidimensional intervention - Assessment functioning of personality - SWAP-200-A.*

Introduzione

Questo lavoro raccoglie l'esperienza di intervento specialistico ospedaliero, multidisciplinare integrato, nei casi di breakdown adolescenziale svolto presso la Struttura Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile¹ di Firenze. Il gruppo di lavoro (Martinetti et al., 2010), nel complesso quadro nazionale dell'intervento terapeutico in queste situazioni (Carratelli et al., 1998; Monniello, 2004, 2005; Neri et al., 1999; Pavan, 2002; Perakis e Condini, 2003; Rigon e Costa, 1998, 2004), da anni sta consolidando, nell'ambito di una formazione e aggiornamento continuativi, una metodologia di intervento specifica dell'acuzie e dell'esordio dello scopenso psichico. Il percorso individuato sostiene un approccio terapeutico trasversale nelle diverse manifestazioni sintomatiche dello scopenso psichico calato in un assetto organizzativo di rete tra Struttura Ospedaliera e Servizi Territoriali, all'interno di possibili differenziazioni di risposta che rendano flessibili i percorsi di ciascun ragazzo e della famiglia, pur dentro una coerenza e continuità dell'intervento nei differenti contesti di cura che il percorso individuale rende necessari (Martinetti et al., 2010).

La presente riflessione verte sui possibili strumenti teorico-clinici che possano guidare e avvalorare il percorso diagnostico terapeutico, orientando il clinico (o meglio il gruppo degli operatori coinvolti) nel progetto terapeutico, ma, soprattutto, sostengano la capacità di sintonizzarsi con quei processi di cambiamento che appaiono a volte virtuali, ma che consentono la comprensione clinica dimensionale e la formulazione del progetto terapeutico integrando la diagnosi nosografica (Ammaniti e Fontana, 2009; Lingiardi, 2009; Rigon e Costa, 2004).

Nel breakdown adolescenziale vengono messi in gioco importanti processi maturazionali che a loro volta incidono in diversi tipi di patologia adolescenziale. Tali processi, ampiamente studiati anche dal punto di vista delle neuroscienze e del neurosviluppo, indicano come nel cervello adolescente avvengano processi trasformativi in un tempo relativamente breve e come le diverse componenti cerebrali in trasformazione si sviluppino seguendo tabelle di marcia differenti (Monniello e Quadra, 2010) che coinvolgono la rete di connessioni sinaptiche, esperienza-dipendenti. La riorganizzazione della mente adolescenziale comporta nuove capacità cognitive e di astrazione: modalità sequenziali di tipo adulto circa i sentimenti e le motivazioni di sé e dell'altro; il modo di reagire a situazioni emotive; una forte riorganizzazione del sé; una particolare ipersensibilità agli stati mentali propri e altrui che può determinare un'attivazione eccessiva, a volte disorganizzante (Fonagy e Target, 2002; Lauffer e

¹ DAI di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Dipartimento Universitario di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di Medicina e Chirurgia di Firenze.

Laufer, 1984). Aspetti che vertono attorno al concetto di competenza mentalizzante (Allen e Fonagy, 2006), forma di conoscenza emotiva che permette l'attribuzione di stati mentali alle azioni degli altri e alle proprie e di percepire in modo immaginativo e interpretare il comportamento come connesso con stati mentali intenzionali. Questa competenza, che ha la propria "culla" nelle relazioni di attaccamento, permane come modalità di funzionamento prevalentemente interattiva che crea un ponte fra l'esperienza interna e la realtà interpersonale, sensibile alla variabilità e ricchezza delle esperienze relazionali. In una prospettiva psicologica, neurobiologica e psicosociale i processi adolescenziali in gioco spostano gli equilibri precedenti fra resilienza e vulnerabilità individuale e possono costituire un'area di criticità, potenziale fattore di rischio di scompensazione psichico; d'altronde l'esperienza stessa di scompensazione può rafforzare la resilienza ma anche comportare una strutturazione di aree di vulnerabilità (*scarring*: fenomeno che individua quanto importanti esperienze di psicopatologia alterino la personalità *in fieri* dell'adolescente in modo persistente). Possiamo allora intravedere la strutturazione di profili di personalità patologica (Ammaniti e Fontana, 2009; Kernberg, 1984; Lingiardi, 2009; Lingiardi e Codazzi, 2009; Romani e Levi, 2009; Westen, Gabbard, Blagov, 2006).

Circa un terzo degli adolescenti sperimenta una adolescenza tumultuosa, segnata da una sofferenza psichica pervasiva, dove affiorano problematiche identitarie, difficoltà relazionali, tempeste emotive, regressione nelle capacità adattive e difficoltà nel far fronte alle richieste e alle nuove situazioni; ne conseguono disadattamento, conflitti con i genitori e attacco ai loro valori, comportamenti impulsivi e autolesivi, e un interrogarsi spaventato attorno alla stima di sé, al proprio valore e alla propria capacità (Bleiberg, Rossouw, Fonagy, 2012). Come da più parti sottolineato si conferma un incremento significativo in adolescenza di disturbi psichiatrici: un adolescente su 5 presenta seri problemi psichici sia di tipo internalizzante che esternalizzante (depressione, abuso di droghe, disturbi alimentari, disturbi psicotici, disturbi di personalità) (Levi, 2009); si calcola inoltre che circa il 10% circa dei ricoveri per problematiche psichiatriche in età evolutiva abbia carattere di emergenza-urgenza (Caldroni et al., 2008). Secondo alcuni studi (Kim-Cohen et al., 2003) questi disturbi persistono nell'età adulta.

Come sottolineato da Bleiberg, Rossouw e Fonagy (2012) è necessario differenziare fra adolescenti che sperimentano scompensi emozionali e adattivi che li conducono alla fine "fuori dal bosco"² e che mostrano un funzionamento a volte eccezionalmente buono nell'età adulta (Hauser et al., 2006), da quelli per cui lo scompensazione adolescenziale è premonitore di persistente disagio e disadattamento per lo strutturarsi di aspetti psicopatologici e di personalità che minano il processo evolutivo, con aspetti di minore o maggiore rigidità nel successivo funzionamento psichico (stallo, moratoria, o progressione del processo evolutivo nello scompensazione psichico adolescenziale; Martinetti, 2007). Si considera che la specifica traiettoria evolutiva sia sostenuta dall'equilibrio fra fattori di rischio e protettivi; questi ultimi, specifici di questo periodo, vengono individuati nella competenza riflessiva, nel sentimento di

incidere nella realtà, nel senso di responsabilità, nella capacità relazionale di apertura alla prospettiva dell'altro, e di potersi coinvolgere in relazioni intime (Hauser et al., 2006). Consideriamo inoltre potenziale fattore protettivo l'intervento che consenta di sostenere e reintegrare le competenze descritte, spesso minate nella fase di scompensazione.

La compromissione della competenza mentalizzante si evidenzia negli stati di scompensazione psichico adolescenziale (Bleiberg, Rossouw e Fonagy, 2012; Martinetti e Innocenti, 2012) con la comparsa di aspetti prementalistici, che comportano la presenza di percezioni distorte di pensieri, sentimenti e intenzioni (Sharp, Fonagy, Goodyer, 2006; Allen, Bateman, Fonagy, 2008), alterazioni, peraltro, che in questo periodo sono dinamiche (deficit dinamico della mentalizzazione, distorsioni della mentalizzazione quali ipermentalizzazione e pseudomentalizzazione, schemi di pensiero prementalistici). Questa compromissione si evidenzia nella possibile comparsa, a volte improvvisa, di condotte impulsive, stati psicotici acuti, stati ansiosi e/o attacchi di panico, stati dissociativi e/o derealizzazione anche a seguito di abuso di sostanze, suicidio, autolesionismo; d'altronde, il recupero da queste tempeste emotive è lento; spesso manca la consapevolezza del proprio stato e si assiste ad una compromissione delle capacità adattive con ritiro e isolamento o comportamenti dirompenti non gestibili; si associa la difficoltà nel mantenimento dei ritmi quotidiani (scuola, relazioni, attività sociali). Ne derivano comportamenti di ritiro sociale, ansia, agiti, espressività somatica. In parallelo si assiste ad un'analoga compromissione delle capacità riflessive dei contesti di vita del ragazzo. Per primo il contesto familiare: legato alla comparsa di una sintomatologia acuta nel figlio, non comprensibile, che sollecita spavento e che mina la rappresentazione integrata del figlio e la capacità di rispecchiamento (Martinetti e Stefanini, 2003). Di pari passo si ha una compromissione a livello sociale, conseguente all'allarme e contagio emotivo in luoghi di vita relazionale come ad esempio la scuola e il gruppo dei pari; compromissione che può coinvolgere anche lo stesso contesto di cura: ad esempio reazioni controtransferali con agiti operatori di comunità, coinvolti nella gravità e complessità del disagio. La cecità mentale che questo implica (Martinetti e Landi, 2009) è fortemente dinamica, evidenziando aree di sensibilità alla modalità di cura che dovrà quindi sintonizzarsi sul livello di possibile fruizione.

Nello scompensazione si viene a delineare "un tempo" (da 8 settimane a 6 mesi circa), caratterizzato da difese ed organizzazioni psicopatologiche instabili, con l'evidenziarsi di una frattura del senso di continuità e della integrità del Sé. Tale condizione si può manifestare con gradi diversi di compromissione e con una sintomatologia clinica polimorfa (Stolorow e Lachmann, 1980; Martinetti e Innocenti, 2012), esponendo l'adolescente ad un importante compromissione del funzionamento mentale in cui la funzione riflessiva risulta un indicatore significativo della competenza di mentalizzazione. Nel protrarsi dello scompensazione, per uscir dal bosco, risulta fondamentale la resilienza individuale ma anche la capacità dell'ambiente, comprendendo in questo l'ambiente delle relazioni familiari e dei pari e l'ambiente delle relazioni di cura, di supportare gli aspetti potenzialmente evolutivi.

È in questa cornice teorica che si inserisce l'intervento diagnostico-terapeutico in

² "Out of the woods" letteralmente "fuori dal bosco", essere in salvo.

risposta a tali complesse situazioni cliniche, che abbiamo nel tempo messo a punto. Lottica di intervento multidisciplinare e multidimensionale implica fin dall'inizio il tentativo di comprensione del funzionamento mentale attraverso un avvicinamento conoscitivo che accanto alla descrizione soggettiva e oggettiva di sintomi (che ovviamente richiede anche un trattamento tempestivo specifico come nell'autolesionismo, negli stati panici, nell'organizzarsi di una sintomatologia che configuri quadri clinici riconducibili ad inquadramenti nosografici suggerendo specifiche indicazioni psicofarmacologiche) offra una possibilità di tratteggiare il profilo personologico dell'adolescente durante la fase di scompensamento.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di indagare il grado di compromissione del funzionamento mentale e quindi anche delle competenze di mentalizzazione durante lo scompensamento adolescenziale e le possibili variazioni che l'evoluzione e l'intervento terapeutico comportano.

In quest'ottica, quali strumenti valutativi e diagnostici possono costruire la mappa su cui orientare il nostro intervento, e con quale bussola è possibile sostenere l'adolescente e i familiari nell'intervento terapeutico?

Metodologia e strumenti

Nel tentativo di dare risposta a questo interrogativo presentiamo un lavoro di ricerca svolto all'interno della SOD di NPI dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Firenze, relativamente a una casistica di adolescenti seguiti per scompensamento acuto in regime ospedaliero.

La modalità di ricovero attuata (DH intensivo plurisettimanale, ospedale diurno, ricovero ordinario) è dipendente dalla gravità dello scompensamento e dalla tenuta del contesto socio-familiare, con la possibilità di affiancamento da parte dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza Territoriale di riferimento fin dalla fase acuta nell'intervento complessivo (flessibilità del progetto terapeutico, personalizzato e individualizzato nelle sue varie fasi, Martinetti et al., 2010).

L'intervento che viene attuato dal gruppo terapeutico multidisciplinare multidimensionale è a carattere multifocale. L'intervento prevede psicoterapia individuale, lavoro psicoterapeutico con la coppia genitoriale e attivazione di un ambiente terapeutico (laboratori espressivi, interventi psicoeducativi). Filo conduttore focale dell'intervento il riferimento teorico e tecnico corrispondente all'intervento basato sulla mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 2006, 2012; Bleiberg, 2001), sia nell'intervento con il ragazzo, sia con i genitori, con l'utilizzo anche di incontri congiunti (Martinetti et al., 2010; Martinetti e Innocenti, 2012). Elemento caratterizzante il processo diagnostico e l'impostazione del percorso terapeutico è la riddiscussione costante nel gruppo degli operatori a vario titolo coinvolti (educatori, infermieri, medici specializzandi in Neuropsichiatria Infantile, psicologi).

Casistica

La casistica è composta da 20 pazienti adolescenti (5 M e 15 F, vedi Tabella 1) di età compresa fra i 14 e i 17 anni, seguiti in regime ospedaliero (ricovero ordinario o DH intensivo) per breakdown psichico a seguito di sintomatologia ad esordio importante (discontrollo degli impulsi con auto e etero aggressività, disturbi alimentari con grave scompensamento somatico e psichico, tentativi di suicidio, scompensi psicotici, stati dissociativi), giunti consecutivamente nel periodo gennaio 2010 - settembre 2011.

Sesso	5 maschi, 15 femmine
Età media	15 anni
Fratrìa	6 figli unici; 14 con almeno un fratello o una sorella
Prese in carico precedenti alla presa in carico ospedaliera e invio alla nostra struttura	15 pazienti provenivano da una precedente presa in carico: 10 dai servizi territoriali di NPI 2 dall'Ospedale Meyer 2 dai pediatri di base 1 da psicoterapeuta privato 5 pazienti erano alla prima presa in carico
Diagnosi	Disturbo del Comportamento Alimentare 11 Disturbo d'Ansia 6 Disturbo dell'Umore 2 Disturbo Schizofreniforme 1

Tabella 1. Descrizione del campione e diagnosi categoriali DSM-IV-TR.

Strumenti

Nel lavoro di ricerca sono stati individuati specifici strumenti diagnostici e di valutazione, utilizzati al momento dell'esordio del breakdown (t0) e a 6 mesi di distanza (t1). Ad integrazione dei riferimenti categoriali del DSM-IV-TR, è stata utilizzata la metodologia diagnostica proposta dal *Manuale di Classificazione Diagnostica Psicodinamica* (PDM, 2006) attraverso l'utilizzo della griglia di riferimento dell'asse MCA (Funzionamento Mentale del Bambino e dell'Adolescente), valutabile da parte del clinico. In tutti i soggetti della casistica era presente, trasversalmente alla differente sintomatologia di esordio, una compromissione di alcuni aspetti prevalenti del funzionamento mentale riguardante tre principali aree di funzionamento (rappresentazioni interne, modulazione affettiva, differenziazione integrazione, vedi Tabella 2). Coerentemente con la definizione del breakdown adolescenziale sopra descritta, all'interno di tali categorie cliniche sono stati considerati gli specifici disfunzionamenti delle capacità di mentalizzazione, come descritti da Fonagy, che trasversalmente si ritrovano come elementi nucleari del funzionamento mentale in fase di scompensamento acuto.

Descrizione dei pattern disfunzionali prevalenti nello scopenso psichico acuto in base agli items asse MCA sul funzionamento mentale (PDM)
Capacità di formare rappresentazioni interne: uso delle rappresentazioni e delle idee in modo concreto. La difficoltà ad elaborare un sentimento in quanto tale si traduce in tendenza ad agiti impulsivi, somatizzazioni o disprezazioni corporee coincidenti con stati emozionali intensi. Incapacità nel fare uso delle rappresentazioni interne per fare esperienze di un senso di sé e degli altri o per elaborare desideri e sentimenti.
Esperienza e modulazione degli affetti: difficoltà di integrazione e coesione dei pattern emotivi con tendenza alla distorsione/non comprensione degli stati mentali propri e dell'altro.
Capacità di differenziazione e integrazione: tendenza alla frammentazione (incapacità di differenziazione sé - non sé, passato e presente, desideri e sentimenti diversi) e polarizzazione (tutto-nulla) dell'esperienza interna.

Tabella 2. Descrizione dei pattern disfunzionali prevalenti nello scopenso psichico.

Ci siamo poi posti l'intento di verificare e valutare (sempre all'interno della griglia dell'asse MCA) l'evoluzione di questi aspetti individuando negli items corrispondenti al funzionamento sano delle tre aree cliniche dell'asse MCA considerate, possibili segnali di un'evoluzione positiva complessiva in uscita dallo scopenso psichico.

Indicatori dell'evoluzione dello scopenso psichico acuto in base agli items di funzionamento sano dell'asse MCA sul funzionamento mentale (PDM)
Capacità di formare rappresentazioni interne: passaggio da una modalità di pensiero concreto alla possibilità crescente di utilizzo e costruzione di rappresentazioni interne per sperimentare ed esprimere desideri ed emozioni e il proprio senso di sé e degli altri. Sa usare le rappresentazioni interne per regolare gli impulsi e il comportamento.
Esperienza e modulazione degli affetti: allargamento crescente della gamma di espressione di emozioni e desideri in modo intenzionale e progressiva capacità di comprendere alcuni segnali emotivi in modo flessibile anche sotto stress.
Capacità di differenziazione e integrazione: progressiva capacità di differenziare e integrare le esperienze interne (del sé - non sé e degli altri; della fantasia e della realtà; del passato presente e futuro; e di una varietà di desideri, emozioni e sentimenti) con graduale attenuazione della frammentazione e della polarizzazione "tutto o nulla" che può rimanere ancorata a situazione di forti emozioni o stress.

Tabella 3. Indicatori dell'evoluzione dello scopenso psichico.

L'utilizzo di scale adattive come CGAS (Children Global Assessment Scale, Shaffer et al., 1983) e HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, Gowers, 2000, 2002) in parallelo ci ha permesso di fotografare la situazione complessiva di ognuno al momento dello scopenso e l'evoluzione successiva.

A integrazione di questi strumenti clinici di riferimento, si è fatto uso di uno strumento standardizzato, la scala SWAP-200-A (Shedler & Westen Assessment Procedure, 2003), Scala di valutazione clinica di Patterns e Tratti di personalità emergenti in età adolescenziale. Abbiamo applicato questo strumento al momento del ricovero (tempo 0) e a 6 mesi di distanza (tempo 1), al fine di valutare la possibile modificabilità o meno dell'assetto personale del soggetto all'interno delle relazioni terapeutiche stabilite (Westen et al., 2003, 2004), incrociando tali dati con il funzionamento globale valutato tramite la CGAS e l'HoNOSCA.

	Strumento	Descrizione
Diagnosi categoriale	Asse I del DSM-IV-TR	Valutazione diagnostica secondo un'impostazione categoriale proposta dall'Associazione Psichiatrica Americana.
Diagnosi dimensionale	Asse MCA del Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM	L'asse MCA valuta 9 dimensioni per la definizione del funzionamento mentale del bambino e dell'adolescente. Gli autori del PDM propongono che tale valutazione debba precedere la valutazione dei profili e dei pattern disfunzionali di personalità (Asse PCA del PDM) e la valutazione dei sintomi (Asse SCA del PDM), per i quali si cerca di integrare l'approccio ateorico del DSM con un approccio maggiormente "soggettivo".
Valutazione del funzionamento globale e adattivo	C-GAS HoNOSCA	La Scala C-GAS propone una valutazione da 0 a 100 del funzionamento globale dell'individuo. Punteggi inferiori a 60 individuano un funzionamento progressivamente più patologico con il diminuire dei punteggi. La Scala HoNOSCA individua alcuni aspetti comportamentali, emotivi e di pensiero spesso compromessi nei disturbi psichiatrici di infanzia e adolescenza (funzionamento scolastico, funzionamento sociale, agiti etero e autoaggressivi, iperattività e disattenzione, abuso di alcool o sostanze, problemi fisici, problematiche di pensiero, problemi affettivi etc. per un totale di 15 categorie). Esistono forme del test per i genitori, per i ragazzi e per i clinici (quest'ultima è stata utilizzata nel nostro studio). Il clinico per ogni categoria di problematiche deve esprimersi su una scala Likert da 0 a 4 dove lo "0" rappresenta un funzionamento conservato e "4" il massimo grado di compromissione. La somma dei punteggi restituisce il punteggio totale, per cui a punteggi più alti corrisponde un maggior grado di compromissione.
Funzionamento di personalità	SWAP-200-A	Shedler & Westen Assessment Procedure. Scala per la valutazione della personalità in adolescenza. Lo strumento viene descritto all'interno del testo.

Tabella 4. Strumenti utilizzati a tempo 0 e a tempo 1.

La SWAP-200-A è uno strumento Q-Sort clinician report che identifica dei profili personali età-specifici che sono stati definiti empiricamente a partire da una casistica di adolescenti. Viene applicata dopo un tempo corrispondente ad una conoscenza clinica individuale sufficientemente approfondita da parte del clinico. L'analisi Q, utilizzata per la validazione dello strumento, ha permesso di identificare cinque disturbi di personalità (Narcisistico, Istrionico, con Disregolazione Emotiva, Evitante-Coartato, Antisociale-Psicopatico) e un profilo, definito Stile ad Alto Funzionamento, in cui il funzionamento del soggetto appare maggiormente conservato (Stile Inibito Autocritico) (Westen et al., 2004). Il clinico attribuisce i punteggi su una scala Likert da 0 a 7 per tutti i 200 items che compongono il test secondo una distribuzione fissa. Il test restituisce dei punteggi T-Score che possono essere letti sia in ottica "dimensionale" sia in ottica "categoriale" individuando come soglia di cut-off 55 punti T-Score per "tratti patologici" e 60 punti T-Score per "disturbo di personalità". Il test permette anche di attribuire un punteggio al funzionamento mentale del paziente (Fattore Q "Indice di funzionamento sano") per cui a punteggi T-Score più alti corrisponde un funzionamento mentale migliore. La Tabella 4 riassume gli strumenti utilizzati.

Risultati

Prima fase dello studio: tempo 0

HoNOSCA e C-GAS (vedi Grafico 1 e Grafico 2)

Il punteggio medio all'HoNOSCA è di $21,85 \pm 4,27$, il punteggio C-GAS $35,15 \pm 10,38$. Questi dati indicano una globale importante compromissione su base attiva e sintomatica con notevoli limitazioni sul piano delle autonomie e importante interferenza della sintomatologia sulla qualità di vita quotidiana al momento dello scompensamento.

SWAP-200-A

Utilizzare la SWAP-200-A per comprendere quali sono i profili di personalità maggiormente rappresentati nella nostra casistica significa capire quali tipi personali sono più descrittivi di quel particolare momento di sofferenza psichica acuta (t0); questo ci aiuta ad identificare gli aspetti personali più tipici dello scompensamento del campione di adolescenti da noi esaminato, ci fa riflettere su una possibile fenomenologia comune dello scompensamento psichico degli adolescenti in genere e ipotizzare che certi profili di funzionamento di personalità siano da considerarsi propri dell'acuzie psichiatrica in adolescenza.

Fattori Q	Punteggi medi t0	Punteggi medi t1	>55 a t1 (n)	>60 a t1 (n)
Disregolazione Emotiva	59,96 ± 7,49	57,33 ± 9,42	11 (16)	9 (10)
Istrionico	45,74 ± 5,55	47,74 ± 5,56	1 (1)	0 (0)
Narcisistico	49,72 ± 5,56	50,45 ± 5,12	4 (4)	1 (0)
Antisociale psicopatico	45,89 ± 7,79	46,1 ± 8,12	2 (3)	2 (1)
Evitante-Coartato	49,63 ± 8,87	48,29 ± 8,82	5 (5)	2 (2)
Stile inibitoautocritico	63,97 ± 14,73	67,49 ± 15,06	15 (15)	13 (13)

Tabella 5. Profili della SWAP-200-A, punteggi medi per ciascun Fattore Q in T-Score a t0 e a t1.

Nella Tabella 5 viene riportato il numero di soggetti che a t0 (fra parentesi nella tabella) e a t1 ha riportato punteggi superiori a 55 (valore diagnostico per tratto di personalità patologica) e a 60 (valore diagnostico per Disturbo di Personalità), per ciascun Fattore Q. La somma dei soggetti può risultare maggiore di 20 perché abbiamo incluso nella colonna >55 anche i soggetti che avevano punteggi >60.

Sono particolarmente alti i punteggi medi per il Fattore Q "con Disregolazione Emotiva" e del Fattore Q "Stile di Personalità Inibito Autocritico", nonché la loro associazione (7 casi su 20 per entrambi i due Fattori Q).

Indice di funzionamento sano a t0 (Tabella 8)

L'Indice di Funzionamento Sano a t0 è risultato mediamente $33,57 \pm 6,7$ T-Score³. Si nota quindi come nella fase di scompensamento il campione presenti un funzionamento di personalità estremamente compromesso coerentemente con i dati relativi alla distribuzione dei profili di funzionamento di personalità.

Sulla base di quanto emerge dai dati della SWAP-200-A potremmo delineare una sorta di prototipo di funzionamento di personalità, nella fase di scompensamento, parafrasando gli items che sono risultati maggiormente rappresentativi del campione nella fase di scompensamento acuto.

Durante lo scompensamento i nostri pazienti sono accomunati da sentimenti depressivi, non solo si sentono infelici, abbattuti, ma anche inferiori, inadeguati, e se sottoposti a stress psicologici divengono incapaci di controllare le proprie emozioni alle quali spesso soccombono, cadendo in spirali emotive che difficilmente riescono a gestire, dimostrando un notevole declino del livello di funzionamento abituale. Si dimostrano inibiti e coartati. Non riescono a esprimere o riconoscere desideri o impulsi. Sono tendenzialmente ansiosi e tendono a un disperato bisogno di controllo; si dimostrano inoltre eccessivamente dipendenti e bisognosi di rassicurazioni o approvazioni. Le

³ Si noti che per l'Indice di Funzionamento Sano minore è il punteggio T-Score, maggiore è la compromissione di funzionamento rispetto alla media di riferimento.

problematiche psicologiche di cui soffrono interferiscono con la frequenza scolastica e con un normale rendimento.

Seconda fase dello studio: rivalutazione a sei mesi, tempo 1

A 6 mesi dalla presa in carico abbiamo applicato la stessa batteria di test.

Tutti i pazienti presentavano alla rivalutazione a sei mesi i criteri diagnostici per la stessa diagnosi nosografica in asse I (vedi Tabella 1).

C-GAS e HoNOSCA

I risultati C-GAS a tempo 1 (vedi Grafico 1) sono mediamente $53,45 \pm 11,47$ con discrepanza significativa con i punteggi a t0, anche se mediamente rimaniamo in un range ancora patologico (Grafico 1).

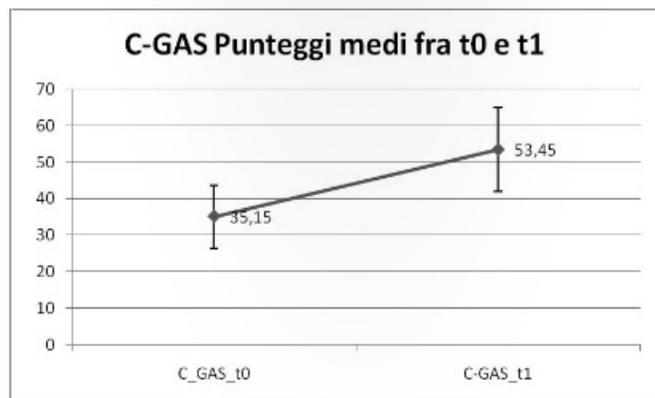


Grafico 1. Andamento C-GAS fra t0 e t1, medie totali dei pazienti. Sono raffigurati i punteggi medi e le barre di errore corrispondenti alle deviazioni standard.

Il punteggio medio all'HoNOSCA al tempo 1 è $14,55 \pm 5,97$ (vedi Grafico 2). La diminuzione dei punteggi medi indica che è avvenuto un miglioramento nel corso di questi 6 mesi. Le aree in cui si è riscontrata una maggiore riduzione del punteggio sono state: "iperattività, difficoltà di concentrazione o di attenzione"; "frequenza scolastica"; "problematiche psicologiche" e quella relativa ai "disturbi del pensiero"; ciò indica un miglioramento a sei mesi più evidente nell'area sintomatica (sintomi psicotici o sintomatologia soggettivamente o oggettivamente rilevabile), e nell'area del funzionamento adattivo connesso con la ripresa di attività quotidiane (relazioni sociali apprendimenti scolastici).

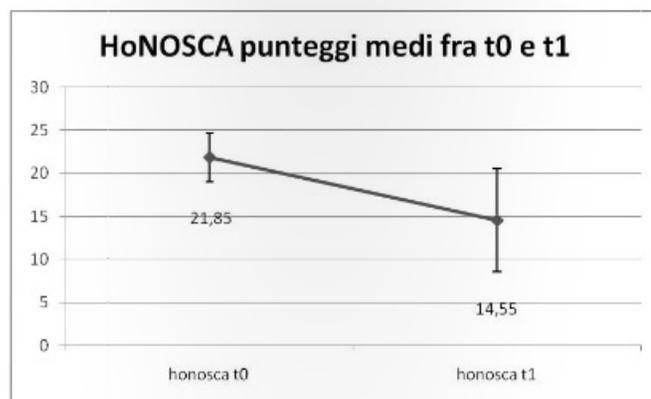


Grafico 2. Andamento HoNOSCA t0-t1 medie totali dei pazienti. Sono raffigurati i punteggi medi e le barre di errore corrispondenti alle deviazioni standard.

SWAP-200-A

Nella Tabella 5 sono riportati in sintesi i punteggi medi al t0 e t1 dei profili di funzionamento di personalità emergenti nella casistica.

Come si può notare nella nostra casistica si mantengono elevati i punteggi relativi ai due fattori Q maggiormente emergenti (stile Inibito Autocritico e Disregolazione Emotiva).

Disregolazione Emotiva

I valori medi a t0 sono di $59,96$, e di $57,33$ a t1. L'evoluzione a breve termine dimostra che tale tratto rimane mediamente stabile nel tempo. La Tabella 6 riporta le variazioni di punteggio degli items più rappresentativi: all'interno del permanere di una rigidità a sei mesi della difficoltà di autoregolazione emotiva si notano minimi ma significativi movimenti evolutivi con una modificazione dei punteggi (intorno al 30% circa) di alcuni items corrispondenti ad alcuni aspetti dimensionali significativi, come la generale instabilità dell'immagine di Sé (item 15) la capacità empatica e auto-riflessiva insita in alcuni items (56, 163) relativi alla impossibilità di provare piacere e aver cura di sé, all'autolesionismo e alle tendenze suicidarie (168).

Item	valore medio t0	valore medio t1	differenze medie t0-t1	differenze in %
Disregolazione Emotiva				
157) Tende a diventare irrazionale quando prova forti emozioni; può mostrare un notevole declino rispetto al normale livello di funzionamento	5,03	4,15	0,88	17,4%
189) Tende a sentirsi depresso, infelice, abbattuto	5,05	4,05	1,00	19,8%
156) Ha un'immagine del proprio corpo disturbata o distorta; si vede come sgradevole, gruttoso, disgustoso/a	4,42	4,05	0,37	8,4%
12) Tende a cadere in spirali emotive senza controllo che conducono ad estrema ansia, tristezza, rabbia, eccitazione	4,98	4	0,98	19,6%
54) Tende a sentirsi inadeguata, inferiore, fallito	4,11	3,95	0,16	3,8%
103) Tende a reagire alle critiche con sentimenti di rabbia e umiliazione	3,68	3,8	0,13	-3,4%
117) È incapace di calmarsi o tranquillizzarsi da solo; ha bisogno di una persona che lo aiuti a regolare gli affetti	4	3,65	0,35	8,8%
57) Tende a sentirsi in colpa	3,79	3,4	0,39	10,3%
91) Tende ad essere autocritico; si pone standard irrealisticamente elevati ed è intollerante verso i propri umani difetti	2,95	3,2	0,25	-8,5%
98) Tende ad aver paura di essere rifiutato dalle persone per lui emotivamente significative	3,15	3,05	0,1	3,1%
73) Tende a essere catastrofico, vede i problemi come irrisolvibili	2,93	3	0,08	-2,6%
90) Tende a sentirsi vuoto	3,83	2,8	1,03	27%
50) Tende a sentire che la sua vita è priva di significato	3,21	2,75	0,46	14,3%
15) Non ha un'immagine stabile di sé (ad esempio, atteggiamenti, valori, scopi, e sensazioni relativi a sé possono essere instabili o mutevoli)	3,84	2,5	1,34	34,9%
16) Tende a sentirsi arrabbiato e ostile (coscientemente e inconsciamente)	2,55	2,25	0,3	11,8%
56) Sembra sentire poco, o non provare piacere, soddisfazione e divertimento nelle attività della vita	2,95	2,05	0,9	30,5%
36) Tende a sentirsi impotente debole, o alla mercé di forze al di fuori del proprio controllo	2,5	2	0,5	20%
163) Sembra voler punire se stesso; crea situazioni che conducono all'infelicità, o evita attivamente le opportunità di piacere o gratificazione	2,4	1,65	0,75	31,3%
142) Tende a ripetere minacce o tentativi di suicidio, entrambi con lo scopo di richiedere aiuto o di manipolare gli altri	1,35	1,1	0,25	18,5%
168) Lotta contro veri e propri desideri suicidi	0,89	0,65	0,24	26,9%

Tabella 6. Differenze nei punteggi medi t0-t1 agli items del Fattore Q Disregolazione Emotiva, posti secondo un ordine decrescente per punteggio medio a t1.

Stile Inibito Autocritico

Per lo "Stile Inibito Autocritico" notiamo che i punteggi a t1 aumentano, il che significa che i nostri pazienti a distanza dalla fase di maggior acuzie presentano un profilo caratterizzato da inibizione sociale, ansia, forte autocritica, compiacenza verso figure autorevoli, tendenza a sperimentare sentimenti di vergogna, imbarazzo, inadeguatezza, bassa autostima; contemporaneamente si evidenzia un'attivazione di alcune qualità e competenze: capacità di esprimersi in modo comunicativo, di utilizzare le proprie abilità, di essere empatici e di avere standard morali ed etici ai quali cercano di adeguarsi (si ricordi che lo Stile Inibito Autocritico viene definito da Westen "Stile ad Alto Funzionamento").

Il valore medio di questo stile al tempo dello scopenso era di 63,97 ± 14,93 mentre 6 mesi dopo risultava essere 67,49 ± 15,96. La Tabella 7 riporta le variazioni di punteggio degli items più rappresentativi. Ritroviamo qui alcuni elementi mobilizzati riguardanti la funzione riflessiva (item 92 sulla capacità autonarrativa), sulla capacità di incidere in maniera efficace e di autoaffermazione (item 2), e elementi di consapevolezza e sofferenza "mentalizzata" (item 6 riconoscimento di pensieri egodistonici; 149 sofferente spinta all'autonomia con senso di esclusione).

Item	valore medio t0	valore medio t1	differenze medie t0-t1	differenze in %
Stile Inibito Autocritico				
86) Tende a provare vergogna o imbarazzo	3,6	4,1	0,5	-13,9%
189) Si sente depresso, infelice abbattuto	5,05	4,05	1,00	19,8%
54) Si sente inadeguato, inferiore, fallito	4,11	3,95	0,16	3,8%
35) È tendenzialmente ansioso	4,20	3,90	0,30	7,1%
175) È tendenzialmente cuccioso e responsabile	3,20	3,55	0,35	-10,9%
57) Tende a sentirsi in colpa	3,79	3,40	0,39	10,3%
60) Tende ad essere timido e riservato in situazioni sociali	3,60	3,30	0,30	8,3%
174) Si aspetta di essere "perfetto" (nell'aspetto, nelle performance...)	3,35	3,30	0,05	1,5%
120) Ha standard morali e etici e si sforza di vivere alla loro altezza	2,84	3,30	0,46	-16,1%
91) Tende ad essere autocritico/a; si pone standard irrealisticamente elevati ed è intollerante verso i propri umani difetti	2,95	3,20	0,25	-8,5%
92) Sa esprimersi in modo articolato, sa raccontarsi	2,20	3,20	1,00	-45,5%
119) Tende a essere inibito e coartato; ha difficoltà nel riconoscere desideri e impulsi	4,03	3,10	0,93	23,0%
1) Tende a sentirsi responsabile per le cose negative che accadono	2,53	3,10	0,57	-22,7%

2) Sa usare i suoi talenti, capacità ed energie in modo efficace e produttivo	1,75	2,95	1,20	-68,6%
25) Ha difficoltà ad esprimere o riconoscere la propria rabbia	3,25	2,70	0,55	16,9%
6) È tormentato da pensieri ossessivi che vive come intrusivi e privi di significato	3,80	2,50	1,30	34,2%
199) Tende ad essere passivo o poco assertivo	2,75	2,40	0,35	12,7%
59) È empatico, sensibile e responsivo verso i bisogni e i sentimenti degli altri	1,37	2,15	0,78	-57,1%
141) Tende ad essere eccessivamente compiacente verso le figure di autorità	2,05	1,90	0,15	7,4%
149) Tende a considerarsi un outsider, privo di qualunque appartenenza	1,90	1,45	0,45	23,7%

Tabella 7. Differenze nei punteggi medi t0-t1 agli items del Fattore Q Stile Inibito Autocritico, posti secondo un ordine decrescente per punteggio medio a t1.

Indice di funzionamento sano a t1

La media di questo fattore Q a sei mesi dallo scoppio è di $38,47 \pm 9,42$ ($33,57 \pm 6,7$ a t0). Complessivamente si osserva un incremento medio dell'Indice di Funzionamento Sano vale a dire di quegli aspetti di funzionamento riguardanti in particolare proprio i fattori protettivi (la coscienziosità e senso di responsabilità e standard morali, umorismo, capacità autoaffermative valutati negli items 175, 120, 68, 2, si veda la Tabella 8).

Item Funzionamento Sano	Punteggi medi a t0	Punteggi medi a t1	Differenze medie fra t0 e t1	Variazione %
175) È tendenzialmente coscienzioso e responsabile	3,2	3,55	0,35	10,90%
120) Ha standard morali ed etici e si sforza di vivere alla loro altezza	2,84	3,3	0,46	16%
68) Apprezza e sa rispondere all'umorismo	2,55	3,05	0,5	19,60%
51) Tende a suscitare simpatia negli altri	2	2,6	0,6	30%
106) Tende ad esprimere affetti appropriati per qualità e intensità alla situazione che sta vivendo	1,8	2,85	1,05	58,3
2) Sa usare i suoi talenti, capacità ed energie in modo efficace e produttivo	1,75	2,95	1,2	68%
63) Quando è necessario, sa essere assertivo in modo efficace e appropriato	1,7	2,1	0,4	23,50%
95) Si sente a proprio agio in situazioni sociali	1,4	1,7	0,3	21,40%

59) È empatico, sensibile e responsivo verso i bisogni e i sentimenti degli altri	1,37	2,15	0,78	56,90%
183) Ha intuito psicologico; riesce a capire in modo piuttosto sofisticato se stesso e gli altri	1,35	1,95	0,6	44,40%
179) È tendenzialmente energico o espansivo	1	1,1	0,1	10%
19) Ama le sfide; prova piacere nel realizzare le cose	0,9	1,45	0,55	61%
101) Di solito trova soddisfazione e motivo di felicità in quel che fa	0,85	1,7	0,85	100%
200) Riesce a stringere amicizie intime e di lunga durata caratterizzate da sostegno reciproco e condivisione delle esperienze	0,85	1,35	0,5	58,80%
89) Sappovia bene le situazioni stressanti; sa reagire in modo efficace alle perdite, ai traumi o a eventi problematici	0,35	0,8	0,45	128%

Tabella 8. Differenze nei punteggi medi t0-t1 agli items del Fattore Q Indice di Funzionamento Sano, posti secondo un ordine decrescente per punteggio medio.

ASSE MCA del PDM al tempo t0 e t1

Sulla base di quanto sopra descritto si ritrova una corrispondenza clinica nella valutazione del Funzionamento Mentale (asse MCA) secondo il PDM: riprendendo la descrizione delle Tabelle 2 e 3 le modificazioni osservate negli items della SWAP-200-A, relative ai profili personologici prevalenti, appaiono coerenti con la compromissione e in parte la distorsione dei processi di mentalizzazione della fase acuta e con i movimenti *in fieri* osservati durante il trattamento orientati verso una graduale riattivazione di quelle aree di funzionamento sano (Tabella 3) da noi individuate come indicatori e "focus" specifici dell'intervento.

Correlazioni

Le Tabelle 9 e 10 valutano la presenza di correlazione fra il funzionamento globale e quello di personalità rispettivamente a t0 e a t1. È presente una correlazione diretta fra i punteggi C-GAS e l'Indice di Funzionamento Sano alla SWAP e una correlazione inversa fra quest'ultimo e i punteggi HoNOSCA. Ciò sta a significare che a movimenti del funzionamento di personalità corrispondono movimenti nello stesso senso del funzionamento globale, anche se l'indagine statistica non stabilisce nessi causali.

		C-GAS	HoNOSCA	Fattore Q Indice di funzionamento sano
C-GAS	r	1	-,788**	,651**
	Sig. (2-code)		,000	,002
	N	20	20	20
HoNOSCA	r	-,788**	1	-,585**
	Sig. (2-code)	,000		,007
	N	20	20	20
Fattore Q Indice di funzionamento sano	R	,651**	-,585**	1
	Sig. (2-code)	,002	,007	
	N	20	20	20

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

Tabella 9. Tempo 0. La tabella riporta i coefficienti "r" di correlazione di Pearson che emergono dal confronto fra i diversi test somministrati.

		C-GAS	HoNOSCA	Fattore Q Indice di funzionamento sano
C-GAS	R	1	-,719**	,533*
	Sig. (2-code)		,000	,016
	N	20	20	20
HoNOSCA	R	-,719**	1	-,625**
	Sig. (2-code)	,000		,003
	N	20	20	20
Fattore Q Indice di funzionamento sano	R	,533*	-,625**	1
	Sig. (2-code)	,016	,003	
	N	20	20	20

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

Tabella 10. Tempo 1. La tabella riporta i coefficienti "r" di correlazione di Pearson che emergono dal confronto fra i diversi test somministrati.

Discussione

Relativamente all'inquadramento diagnostico osserviamo che tutti i pazienti del presente studio presentano sia a t0 sia a t1 le stesse diagnosi categoriali; la staticità di questo inquadramento non permette quindi di valutare indicatori di outcome e di sintonizzarsi sui possibili cambiamenti nel decorso dello scompenso. Abbiamo quindi cercato di comprendere se gli altri strumenti utilizzati potessero fotografare i cambiamenti intervenuti nella fase di scompenso psichico acuto, e risultare sensibili nell'identificare la qualità dei cambiamenti. Dai risultati si apprezza come si siano potute rilevare modificazioni sia per quanto riguarda la competenza adattiva sia per quanto riguarda il funzionamento di personalità. Nello specifico il SWAP-200-A ci ha permesso di individuare un profilo di personalità tipico dello scompenso psichico all'interno di un campione di pazienti con una sintomatologia a espressione prevalentemente internalizzante. Appaiono essere particolarmente descrittivi del campione due dei Fattori Q della SWAP-200-A: quello con Disregolazione Emotiva e lo stile Inibito Autocritico.

Per il Fattore Q con Disregolazione Emotiva i punteggi medi risultano sostanzialmente stabili a 6 mesi dalla presa in carico, a conferma che ci troviamo davanti ad aspetti nucleari della sofferenza psichica acuta in adolescenza.

Si ipotizza, a conferma di quanto illustrato nell'introduzione, che sei mesi siano un lasso di tempo troppo breve per poter avere modificazioni significative sul piano specificatamente personologico, a conferma di quanto, in un'ottica evolutiva, una valutazione dimensionale risulti dinamica e richieda tempi superiori per poter cogliere l'eventuale strutturazione di questi profili, mentre i cambiamenti possono essere maggiormente evidenti su un piano adattivo.

Rispetto al fattore Q Inibito Autocritico nel confronto dei risultati fra t0 e t1 risulta come i punteggi dello Stile Inibito Autocritico siano alti e mediamente in aumento a t1. Osservando i dati dei singoli item, tale aumento trova spiegazione in due elementi: (1) lo Stile Inibito Autocritico rappresenta uno stile ad alto funzionamento e complessivamente un aumento dei punteggi di questo Fattore risente di un miglioramento in termini di maggiori competenze e risorse; (2) certi tratti importanti di ansia, inibizione, tendenza al perfezionismo, compiacenza, modalità fortemente autocritiche e autosvalutanti sono più descrittive dei pazienti a t1 che nella fase acuta dello scompenso, quando la situazione di grave blackout e arresto del processo evolutivo sono contraddistinti da un livello di funzionamento ancora più compromesso: si potrebbe parlare di un passaggio da un livello borderline di funzionamento a un livello nevrotico di funzionamento (PDM, 2006; QFM, Albasi e Lasorsa, 2008).

Altro aspetto che la nostra indagine ha approfondito è quello relativo al funzionamento mentale. È dato comune a tutti i pazienti in scompenso la compromissione del funzionamento mentale alla presa in carico (t0). La rivalutazione a 6 mesi ha evidenziato che tale indice si mantiene basso, anche se si possono intravedere dei movimenti "carsici" legati a un progressivo miglioramento delle capacità di autoregolazione, soprattutto laddove non intervengano dei fattori di stress che attivino l'emotività del ragazzo, con un recupero di reciprocità nelle relazioni e di senso di re-

sponsabilità e coscienza. Senz'altro questi movimenti portano a un miglioramento degli aspetti comportamentali e a un miglioramento del funzionamento globale e delle capacità adattive, prezioso per la messa in moto di circoli virtuosi innescati da nuove esperienze sociali, da una ritrovata conferma della propria efficacia e più in generale da esperienze positive.

Conclusioni

Gli strumenti utilizzati, che vanno dalla diagnosi categoriale ad una comprensione del funzionamento mentale in ottica dimensionale ed evolutiva, mostrano come l'utilizzo di strumenti clinici che poggiano sulla capacità riflessiva del clinico consente, nella relazione individuale e nella funzione integrante del gruppo, di "avere a mente" il ragazzo quando gli elementi di fragilità lo espongono maggiormente al rischio di un collasso delle difese ("gli scudi si aprono" come verbalizzato da uno dei nostri adolescenti in scompensamento psicotico che presentava gravi condotte distruttive verso gli altri). Tale approccio consente di sintonizzarsi su aspetti di cambiamento altrimenti non apprezzabili se non nella consapevolezza del clinico, rendendo dinamica la rappresentazione dimensionale del ragazzo e potendo restituirla a lui e ai genitori scavalcando e attenuando il senso di paura e di estraneità che l'elemento destrutturante del funzionamento mentale corrispondente allo scompensamento comporta. In questo l'applicazione della SWAP-200-A è risultato strumento sensibile che integra e conferma, avvalorandoli, quegli elementi clinici soggettivi potendo favorire così una ulteriore condivisione di quanto osservato dal gruppo terapeutico e potendo in tal modo guidare il clinico e tutto il gruppo degli operatori all'interno del processo terapeutico *in fieri*.

Infatti nell'analisi dei vari Items del profilo a 6 mesi di distanza si notano potenziali modificazioni, percepite all'interno della relazione terapeutica e che a nostro avviso costituiscono segnali di iniziale cambiamento: tali segnali possono guidare il clinico nel lavoro terapeutico sia con il soggetto che con le famiglie e si accompagnano peraltro ad un complessivo miglioramento della sofferenza soggettiva e sintomatica del paziente e ad una ripresa dei processi adattivi (compatibilmente con la complessità e gravità dei disturbi descritti), come evidenziato nelle scale di funzionamento globale (CGAS e HoNOSCA), e in corrispondenza clinica con le dimensioni individuate sull'asse MCA del PDM. Tali modificazioni del funzionamento mentale ci sembra possano coincidere con gli obiettivi dell'intervento terapeutico multifocale complessivo in fase acuta (vedi Tabella 3), finalizzato alla riattivazione/mobilizzazione dei processi di mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 2012). Infine ci pare interessante la possibilità di porre attenzione e rilevare la crescente anche se lenta attivazione di quei fattori protettivi descritti da Hauser et al. (2006) che si evidenzia in particolare nell'andamento dei punteggi relativi agli items del "funzionamento sano".

Ribadiamo quindi la necessità di un intervento multidimensionale, integrato e intensivo, nelle situazioni di scompensamento, che può essere attivato da una presa in carico ospedaliera tempestiva, al fine di interrompere i circoli viziosi che sottostanno

al funzionamento patologico e che lo mantengono. Nel percorso di cura si rivela di particolare importanza restituire non solo al paziente, ma anche ai suoi familiari, gli elementi in evoluzione del quadro psicopatologico e riuscire ad attribuirvi significato all'interno non solo delle relazioni terapeutiche ma attraverso l'attivazione e comprensione nei contesti di vita del soggetto (famiglia e relazioni sociali). Questo si dimostra particolarmente utile ed efficace laddove la persistenza della sintomatologia che si lega alla diagnosi nosografica, possa essere interpretata erroneamente come una situazione di stallo: in tali casi è necessario ridefinire e condividere gli obiettivi del percorso terapeutico, che cambiano aggiustandosi nel tempo, in base alle risorse emotive disponibili e al recupero del funzionamento mentale e delle capacità di mentalizzazione.

Tali strumenti terapeutici inoltre possono attivare anche all'interno del gruppo degli operatori una funzione riflessiva/mentalizzante "allargata" (concetto che richiama per analogia la funzione di Spazio psichico allargato di Jeammet, 1992) da parte del contesto di cura.

In conclusione ci sembra che gli strumenti individuati consentano di osservare sia in fase diagnostica che nel processo terapeutico quegli aspetti dimensionali dello scompensamento psichico che permettono di mantenere e integrare in un'ottica evolutiva un intervento centrato non solo sul recupero adattivo sintomatico ma sulla ripresa (che sappiamo spesso essere più lenta e faticosa) dei processi evolutivi così drammaticamente interrotti o parzialmente compromessi nella fase di break-down. Ci sembra pertanto di interesse condividere queste riflessioni relative alla possibilità di utilizzare anche questi strumenti professionali come "bussola" di orientamento per permettere a questi adolescenti e ai loro genitori di intravedere insieme agli operatori coinvolti "l'uscita dal bosco".

Riassunto *Obiettivo:* nell'intervento su pazienti ricoverati durante la fase acuta dello scompensamento psichico adolescenziale si valuta la possibilità di operare un processo diagnostico e terapeutico in senso dimensionale attraverso l'utilizzo dell'asse MCA del Manuale Diagnostico Psicodinamico e della SWAP-200-A. *Metodo:* studio su 20 pazienti in regime di ricovero ospedaliero per scompensamento adolescenziale valutati alla presa in carico e dopo 6 mesi, trattati secondo il protocollo di cura del reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'AOU Careggi di Firenze. Il processo diagnostico si è avvalso di strumenti categoriali (DSM-IV-TR) e dimensionali (Asse MCA del PDM). Valutazione del funzionamento di personalità attraverso l'Indice di Funzionamento Sano della SWAP-200-A e del Funzionamento Globale attraverso la valutazione delle scale C-GAS e HoNOSCA. *Risultati:* Emerge un'importante compromissione del funzionamento di personalità alla presa in carico (t0): punteggio T-Score medio 33,57 ± 6,7. Lieve miglioramento a 6 mesi (t1): punteggi T-Score medi 38,47 ± 9,42. Lo scompensamento psichico acuto sembra compromettere maggiormente il funzionamento emotivo e relazionale (Alti punteggi dei Fattori Q con Disregolazione Emotiva e Inibito Autocritico). Esiste una correlazione significativa fra i punteggi di funzionamento globale (C-GAS e HoNOSCA) e di funzionamento di personalità (SWAP-200-A) sia a t0 sia a t1 (rispettivamente 0,65 e 0,59

a t0, $p < .01$; 0,53 e 0,63 a t1, $p < .01$). *Conclusioni*: L'utilizzo di strumenti clinici che poggiano sulla capacità riflessiva del clinico consente di sintonizzarsi su aspetti di cambiamento altrimenti non apprezzabili. La SWAP-200-A è risultata strumento sensibile che integra e conferma gli elementi clinici soggettivi favorendo la condivisione di quanto osservato all'interno del gruppo terapeutico. Nell'analisi a 6 mesi di distanza si notano segnali di iniziale cambiamento che si accompagnano ad un complessivo miglioramento della sofferenza soggettiva e sintomatica del paziente e ad una ripresa dei processi adattivi (CGAS e HoNOSCA), in corrispondenza con modificazioni all'interno delle dimensioni individuate sull'asse MCA del PDM. Ciò rafforza l'importanza di un intervento multidimensionale, integrato e sintensivo nelle situazioni di scompensazione, attraverso una presa in carico ospedaliera tempestiva che mira ad interrompere i circoli viziosi che sottostanno al funzionamento patologico e che lo mantengono.

Parole chiave Scompensazione psichica adolescenziale - Intervento diagnostico e terapeutico multidimensionale - Strumenti di valutazione - Funzionamento di personalità - SWAP-200-A.

Bibliografia

- ALBANI C., LASORSA C. (2008), *QFMrev. Questionario sul Funzionamento Mentale e i livelli di organizzazione della personalità*. www.utentiqfm.com.
- ALLEN J., FONAGY P. (2006), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Bologna, Il Mulino, 2008.
- ALLEN J., BATEMAN A., FONAGY P. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: text revision*, Milano, Masson, 2001.
- AMMANITI M., FONTANA F. (2009), Pattern emergenti e disturbi di personalità in adolescenza: il contributo del Manuale Diagnostico Psicodinamico, *Infanzia e Adolescenza*, 8, 2: 72-84.
- BATEMAN A., FONAGY P. (2006), *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2010.
- BATEMAN A.W., FONAGY P. (2012) (Eds), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, Washington, American Psychiatric Publishing.
- BLEIBERG E. (2001), *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2004.
- BLEIBERG E., ROSSOUW T., FONAGY P. (2012), Adolescent Breakdown and Emerging Borderline Personality Disorder, in A.W. Bateman, P. Fonagy (Eds), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, Washington, American Psychiatric Publishing.
- CALDERONI D., FERRARA M., SARTI M.I., NARDOCCI F. (2008), "More with less": minori e ricovero psichiatrico, *Gior. Neuropsich. Età Evol.*, 28: 149-166.
- CARATELLI T.J., FERRARA M., MONNIELLO G., SABATELLO U. (1998), *Adolescenti e ricovero psichiatrico*, Milano, Franco Angeli.
- CASACCHIA M., SCONCI V. (1990), Urgenza, emergenza e crisi in psichiatria, in M. Casacchia (Ed), *Urgenze in psichiatria*, Milano, Masson.
- FONAGY P., TARGET M. (2002), Lo sviluppo normale e il breakdown in adolescenza, *Infanzia e Adolescenza*, 1: 12-23.
- GOWERS S.G., HARRINGTON R.C., WHITTON A., BEEVOR A., LELLIOTT P., JEZARD R., WING J.K. (2002), *HoNOSCA Scala di esito per bambini ed adolescenti - Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*, Versione italiana IRCSS E. Medea - La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC) - ISS Roma.
- HAUSER S., ALLEN J., GOLDEN E. (2006), *Out of the woods: Tales of resilient Teens*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- JEAMMET P. (1992), *Psicopatologia dell'adolescenza*, Roma, Borla, 1993.
- KERNBERG O. (1984), *Disturbi gravi della personalità*, Torino, Bollati Boringhieri, 1987.
- KIM-COHEN J., CASPI A., MOFFITT T.E. (2003), Prior juvenile diagnoses in adult with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort, *Arch. Gen. Psychiatry*, 60: 709-717.
- LAUFER M., LAUFER M.E. (1984), *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Torino, Boringhieri, 1986.
- LEVI G. (2009), Editoriale. Dove va la psichiatria dell'età evolutiva?, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 76: 3-12.
- LINGIARDI V. (2009), Quale diagnosi di personalità in adolescenza?, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 76: 127-145.
- LINGIARDI V., CODAZZI A. (2009), La diagnosi di personalità in adolescenza: riflessioni introduttive e indicazioni metodologiche, *Infanzia e Adolescenza*, 8, 3: 151-164.
- MARTINETTI M.G. (2007), Fragilità psichiatrica: gli interventi dei servizi, *Minori-giustizia*, 3: 1-10.
- MARTINETTI M.G., STEFANINI M.C. (2003), Il lavoro con la coppia genitoriale durante lo scompensazione acuta adolescenziale in fase di ricovero, *Contrappunto*, 32: 106-115.
- MARTINETTI M.G., LANDI N. (2009), Riflettendo sullo scompensazione psichico adolescenziale: quale mappa e quale bussola?, Società psicoanalitica Italiana, Centro psicoanalitico di Firenze, Seminari di formazione "Oltre la diagnosi verso la psicoterapia", 31 Ottobre 2009 Firenze, Archivio www.spi-fiorenze.it
- MARTINETTI M.G., INNOCENTI E., STEFANINI M.C., TEATINI T., SERNI G., PISANO T., MANNELLI F., TRAPANI C., LEONETTI R. (2010), Scompensazione psichico adolescenziale ed emergenza psichiatrica: costruzione di un modello di intervento in rete, *Gior. Neuropsich. Età Evol.*, 30: 191-200.
- MARTINETTI M.G., INNOCENTI E. (2012), Scompensazione e crisi nel percorso adolescenziale, in M.G. Martinetti e M.C. Stefanini (a cura di), *Approccio evolutivo alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, II edizione, Firenze, SEID Ed.
- MONNIELLO G. (2004), Azioni terapeutiche nella psicoterapia psicoanalitica con gli adolescenti nelle istituzioni, *AeP Adolescenza e psicoanalisi*, 4, 2.
- MONNIELLO G. (2005), *Luoghi istituzionali e adolescenza*, Roma, Borla.

- MONNIELLO G., QUADRANA L. (2010), *Neuroscienze e mente adolescente*, Roma, Ed. Ma.Gi.
- NERI F., ERLICHER P., GALLO P. (1999), Riflessioni sull'urgenza in una azienda ospedaliera lombarda, *Imago*, 3: 205-213.
- PAVAN L. (2002), Intervento psicoterapico breve in situazioni di urgenza, in G. Rigon e S. Costa (a cura di), *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*, Milano, Franco Angeli.
- PDM TASK FORCE (2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (a cura di V. Lingiardi e F. Del Corno), Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008.
- PERAKIS E., CONDINI A. (2003), Il ricovero psichiatrico urgente dell'adolescente: itinerari diagnostico-terapeutici, *Imago*, 1: 31-47.
- RIGON G. (2011), Dimensione clinica ed esistenziale nel percorso diagnostico in psichiatria dell'età evolutiva, *Gior. Neuropsich. Età Evol.*, Vol. 31, Supplemento 1 al N. 1.
- RIGON G., COSTA S. (1998), Le urgenze in psichiatria del bambino e dell'adolescente: aspetti clinici e organizzativi, *Imago*, 2: 121-137.
- RIGON G., COSTA S. (2004), Presa in carico in rete delle situazioni di urgenza/emergenza psichiatrica in età evolutiva, in XXI Congresso Nazionale SINPIA "Sistemi di cura in NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza", Modena, 7/10 Novembre 2004.
- ROMANI M., LEVI G. (2009), Disturbi di personalità e psicoterapia, *Gior. Neuropsich. Età Evol.*, 29: 256-272.
- SCHAFFER D., GOULD M.S., BRASIC J. (1983), A children's global assessment scale (CGAS), *Archives of General Psychiatry*, 40: 1228-31.
- SHARP C., FONAGY P., GOODYER I.M. (2006), Imaging your child's mind, *British Journal of Developmental Psychopathology*, 24: 197-214.
- STOLOROW L.R., LACHMANN F. (1980), *Psychoanalysis of developmental arrests*, N.Y., International University Press.
- WESTEN D., SHEDLER J., LINGIARDI V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- WESTEN D., SHEDLER J., DURRETT C., GLASS S., MARTENS A. (2004), Diagnosi di personalità in adolescenza: un'alternativa empiricamente derivata alle diagnosi dell'assc II del DSM IV, *Infanzia e Adolescenza*, 1: 1-23.
- WESTEN D., GABBARD G.O., BLAGOV P. (2006), Ritorno al futuro: la struttura di personalità come contesto per la psicopatologia, in N. Dazzi, V. Lingiardi, F. Gazzillo (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2009.