

Adolescenza, disregolazione emotiva e trattamento attraverso la Dialectical Behavior Therapy

Franca Carzedda^{*,****}, Barbara Cavalieri^{**,***}, Andrea Gragnani^{*},
Elena Prunetti^{**,***}, Giuseppe Romano^{*,****}

Adolescenza: età di transizione e di instabilità

Fabio non ricorda granché di quella sera. Era molto contento di andare alla festa di 18 anni di un suo caro amico, soprattutto per due ragioni: ancora quindicenne, era stato invitato a partecipare ad un evento “da grandi”, la festa in piscina, e poi aveva la possibilità di stare finalmente con Sara, la sua ragazza, per una sera intera senza le sue amiche “fra i piedi”. Non poteva immaginare, però, che Sara, ad un certo punto, indispettita dal comportamento di Fabio che scherzava con alcune ragazze più grandi, andasse via dalla festa, molto prima della fine e senza aspettarlo.

La rabbia provata da Fabio, per aver subito un affronto così forte, unita al senso di umiliazione e alla vergogna provata davanti agli amici “più grandi”, al timore di perderla e alla paura di averla ferita, lo spinsero ad agire in un solo modo: andare via dalla festa e cercare Sara per chiarire l'accaduto. E mentre in scooter ripercorreva la strada seguita all'andata (l'unica che conosceva Sara per tornare indietro), affrontando anche certi tratti contromano, provava a chiamarla ripetutamente al telefono e le scriveva messaggi, urlando per tutto il tragitto e piangendo disperatamente. Tutto questo, fino a quando un'auto lo investì e si ritrovò in ospedale.

Fabio è in trattamento per un disturbo d'ansia con tratti borderline di personalità, ci racconta una storia nota per chi opera con gli adolescenti. La

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Roma. carzedda.franca@gmail.com

** Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Verona.

*** Casa di cura Villa Margherita (Vicenza).

**** Équipe per l'Età Evolutiva APC-SPC, Roma.

vergogna e l'umiliazione rispetto al gruppo sono temi emotivi dominanti in questo periodo evolutivo ma ciò che più colpisce del suo racconto è l'intensità della reazione emotiva e comportamentale che egli mette in atto sottoponendosi ad un grave rischio di vita.

In questo articolo ci soffermeremo, dunque, su alcune peculiarità che caratterizzano l'adolescenza con particolare riferimento alla disregolazione emotiva e comportamentale.

L'adolescenza è caratterizzata da un rafforzamento della ricerca di sensazioni forti, da un controllo degli impulsi ancora non maturo e da una maggiore propensione al rischio. Quando l'adolescente è in uno stato di alterazione, eccitazione o stanchezza le sue capacità di autocontrollo sono molto meno efficaci rispetto a quelle degli adulti, e questo a causa del fatto che alcune delle abilità su cui si esercita l'autocontrollo non sono ancora del tutto consolidate (Steinberg *et al.*, 2009). Tuttavia, gli adolescenti sembrano essere capaci di controllarsi come gli adulti, se non addirittura più degli adulti, quando sono a conoscenza di un premio a seguito della loro buona condotta (Geier *et al.*, 2010; Teslovich *et al.*, 2014).

La gestione delle proprie emozioni ed il controllo del proprio comportamento, quindi, possono essere considerate alla base di qualsiasi trattamento destinato a questa fascia di età e le modalità che si adotteranno nel corso di un eventuale intervento dovranno tener conto di principi strategici ben definiti e delle risorse possedute dall'individuo.

Che cos'è la regolazione emotiva?

Negli ultimi decenni le ricerche sulla regolazione emotiva sono aumentate rapidamente.

Gross e Thompson (2007) rilevano come gli studi scientifici si dividano in un due differenti approcci teorici: la linea di ricerca su stress e coping, i cui sviluppi risentono dell'influenza della psicologia psicoanalitica, dei meccanismi di difesa e delle teorie funzionali e cognitive delle emozioni, in contrapposizione con l'approccio evolutivo che sottolinea l'influenza dei fattori ambientali, temperamentali e sociali nello sviluppo della regolazione emotiva. Questi due approcci nel tempo si sono sviluppati parallelamente producendo concettualizzazioni talora anche contrastanti sul significato della regolazione emotiva.

Fortunatamente, le ultime ricerche si sono focalizzate su una comune definizione della regolazione emotiva (Southam-Gerow, 2013), intesa come

costrutto dialettico che rimanda a due concezioni distinte: la prima si riferisce alle emozioni come regolatrici dei pensieri e dei comportamenti, mentre la seconda concezione rimanda a una condizione in cui nel processo regolatore sono le emozioni stesse a essere regolate (Campos, Campos e Barrett, 1989; Frijda, 1986; Gross e Thompson, 2007).

Thompson (1994) definisce la regolazione emotiva come l'insieme di tutti i processi estrinseci e intrinseci responsabili del monitoraggio, della valutazione e della modifica delle reazioni emotive, in particolare nelle loro caratteristiche di intensità e temporalità, al fine di realizzare i propri scopi. I processi intrinseci riguardano il complesso di fattori che fanno riferimento alle disposizioni interne individuali, come il temperamento e il sistema neurale e fisiologico alla base dei processi regolatori. I processi estrinseci comprendono invece, tutte le componenti implicate nel processo di *caregiving* (accudimento) e nel definirsi della relazione socio emotiva tra bambino e genitore.

In ottica evolutiva, la capacità di regolazione emotiva è stata inserita da Saarni (1999) tra le competenze emotive necessarie per uno sviluppo ottimale dell'individuo assieme alle competenze di comprensione emotiva, di empatia/simpatia, di consapevolezza emotiva di sé e degli altri e di socializzazione emotiva.

La prospettiva evolutiva, quindi definisce la regolazione emozionale come il processo che sta alla base dell'attenzione e dell'impegno nell'interazione sociale, ritenuto essenziale per lo sviluppo socio-comunicativo e relazionale nel bambino, la cui modulazione è guidata dalle strategie autoregulatorie e dalle strategie di regolazione reciproca (Prizant *et al.*, 2006). Le strategie di autoregolazione sono auto-iniziate e auto-dirette, mentre le strategie di regolazione reciproca si sviluppano nel contesto sociale e coinvolgono la capacità del soggetto di rispondere alle richieste di aiuto degli altri, contribuendo a mantenere uno stato di attivazione ottimale. Durante l'infanzia inizia a definirsi la comunicazione intenzionale, mentre in adolescenza e nell'età adulta la progressiva integrazione del codice verbale e non verbale diventa il fulcro su cui si organizza la competenza emotiva e regolatoria. Tale periodo evolutivo, compreso tra i 10 e i 25 anni, vive cambiamenti multiformi da un punto di vista biosociale, cognitivo ed emotivo (Belsky e Beaver, 2011).

L'adolescenza è caratterizzata da un certo grado di disregolazione emozionale che può portare ad una difficoltà ad auto-regolare le relazioni con i pari e con i familiari. Gli adolescenti "cambiano di continuo" e c'è una maggiore tensione emotiva che oscilla frequentemente. Per molti, i mutamenti repentini nelle emozioni, nei comportamenti e nelle relazioni

durante i primissimi anni dell'adolescenza danno origine a uno stato più stabile alla fine della scuola media. Il liceo, attraverso la nascita di nuovi legami e il progressivo distacco dalle figure genitoriali, rappresenta il banco di prova decisivo per i tentativi di conciliazione nelle relazioni. Quando la famiglia si pone come base sicura consente di trasformare le perturbazioni adolescenziali in occasioni di apprendimento e di sviluppo della capacità di regolazione emotiva favorendo il percorso di cambiamento e di crescita tipico di questa fase. In assenza delle succitate condizioni, il periodo adolescenziale può esitare in comportamenti disregolati che rischiano di produrre un danno che dura tutta la vita o che minacci la vita stessa.

Come descritto finora, lo sviluppo delle competenze di regolazione emotiva in adolescenza è caratterizzato da una complessa interazione tra fattori interni ed esterni. La dissociazione temporanea nella maturazione delle regioni prefrontali e del cervello subcorticale, tipica di questa fase evolutiva, comporta una diminuzione delle capacità cognitive di regolazione delle emozioni (Siegel, 2013). Le funzioni di controllo emotivo non sono ancora sufficientemente acquisite e non possono fornire un'adeguata modulazione del sistema emotivo.

La ricerca futura necessita di evidenze più chiare sull'interazione dei vari fattori interni ed esterni al fine di arrivare a una comprensione più approfondita e articolata delle capacità che determinano la regolazione emotiva in adolescenza.

Il modello funzionale della regolazione emotiva, introdotto da Gross e Thompson (2007), ha individuato cinque categorie del processo regolatore. Dal punto di vista cognitivo comportamentale, queste cinque categorie riguardano sia i processi antecedenti sia le conseguenze relative ad una risposta comportamentale.

La prima categoria, la *selezione della situazione*, è focalizzata sull'antecedente e coinvolge l'individuazione delle situazioni volte a massimizzare le emozioni positive e minimizzare quelle negative. Questa strategia può essere usata in maniera disfunzionale, per esempio l'evitamento di situazioni sociali può essere un modo per ridurre l'ansia ma non si rivela adattiva nel lungo termine.

La seconda categoria, la *modificazione della situazione* è finalizzata ad alterare una situazione in corso. La prima categoria del modello è, infatti, una strategia di gestione antecedente, mentre la seconda è una strategia focalizzata sulla conseguenza. Un esempio di approccio focalizzato sull'antecedente potrebbe essere quello di un bambino timido che va ad un party e decide di arrivare in anticipo, in modo che poche persone possano osservarlo men-

tre entra. Diversamente, la modifica di una situazione in atto si realizzerebbe qualora il bambino arrivasse alla festa con gli invitati che cantano e anche lui cantasse insieme a loro, riducendo in tal modo la sua angoscia.

La terza categoria è rappresentata dai *processi attentivi*, un'altra strategia focalizzata sulla risposta, che consente di dirigere l'attenzione in maniera consapevole su alcuni aspetti della situazione in corso, soprattutto quando c'è un alto livello di attivazione emotiva. Esempi di processi attentivi sono la distrazione, la concentrazione e anche la dissociazione.

La quarta categoria è il *cambiamento cognitivo o appraisal*. È considerata una strategia cognitiva tipicamente, ma non sempre, focalizzata sulla risposta. Infatti, una persona può considerare e utilizzare differenti interpretazioni prima, durante e dopo una situazione al fine di regolare le risposte emotive.

La quinta e ultima categoria, suggerita da Gross e Thompson è la *modulazione della risposta*, che si sviluppa dopo, nella sequenza, e tipicamente richiede maggior impegno per riuscire a modificare la risposta emotiva.

Il modello evolutivo della regolazione emotiva è differente ma complementare, e si sviluppa con Werner (1957) che sottolinea come forma precoce di regolazione la capacità di esprimere i propri stati emotivi e l'apprendimento associativo proveniente dall'ambiente. Trevarthen (2005) richiama l'attenzione al concetto di intersoggettività primaria, ovvero il bambino, fin dai primi mesi di vita, possiede un insieme di competenze che lo orientano a interagire e comunicare con gli altri in maniera efficace e puntuale. Le recenti scoperte in ambito neurobiologico avvalorano queste posizioni mettendo in luce come la coordinazione intermodale, l'intersoggettività e la memoria implicata in queste prime forme di regolazione poggino su un substrato organico rappresentato da una particolare tipologia di neuroni, denominati "neuroni specchio" per la loro capacità di attivarsi non solo in corrispondenza dell'esecuzione di una determinata azione, ma anche dell'osservazione della stessa azione compiuta da parte di un'altra persona (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006). Secondo Prizant (2006) per modulare l'attivazione emotiva, vengono utilizzate due tipi di strategie distinte (le strategie autoregolatorie e le strategie di regolazione reciproca) ed una terza che è data dall'utilizzo autonomo delle prime due. Riguardo le strategie di autoregolazione, le prime che si sviluppano sono di tipo sensorimotorio (succhiarsi il pollice, distogliere lo sguardo o mettere in atto attività motorie ripetitive); mentre successivamente si sviluppano capacità cognitive più elevate che vengono utilizzate in funzione della regolazione emotiva (l'abilità di "parlarsi da solo" per regolare l'attivazione durante una situazione ansiogena).

Le strategie di regolazione reciproca, utilizzate nell'interazione sociale, iniziano in età precoce con la risposta al *caregiver*. Difatti, in questa fase dello sviluppo assume un'importanza fondamentale, la presenza della figura di accudimento che deve con sensibilità individuare, interpretare e modulare i comportamenti del bambino che segnalano lo stato emotivo e il livello di attivazione. Lo stato di attivazione e le richieste dell'ambiente contribuiscono a determinare quale tipo o quale combinazione di strategie utilizzerà il bambino. È stato dimostrato che queste abilità risultano efficaci per prevenire la disregolazione emotiva (Siegel, 2013). Essi includono le caratteristiche ambientali come ad esempio, la tipologia e l'intensità della stimolazione ambientale, il contesto sociale, ovvero la disponibilità comunicativa di un familiare o partner, e le variabili interne o temperamentali.

Disregolazione emotiva e psicopatologia

Fino ad oggi, numerosi studi hanno indagato l'associazione tra la capacità di regolare le proprie emozioni e la psicopatologia. Prove per una significativa associazione tra la capacità di regolare in modo efficace stati affettivi indesiderati e la salute mentale è stato trovato in quasi tutti i disturbi mentali inclusi nel *Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali* (DSM-5, 2013). In uno studio sulla regolazione emotiva in adolescenza risulta che l'utilizzo disfunzionale delle strategie della regolazione emotiva come l'evitamento o la ruminazione indicano livelli più elevati di sintomi depressivi e comportamenti problematici. Le modalità di utilizzo di tali strategie avrebbero implicazioni importanti sullo sviluppo affettivo, sul funzionamento adattivo e sulle relazioni sociali (Silk *et al.*, 2003). Entrando nel merito della psicopatologia dell'adolescenza, la regolazione emotiva è coinvolta nello sviluppo dei disturbi d'ansia, della depressione, dei comportamenti devianti e dei disturbi alimentari nelle femmine (Sim e Zeman, 2006).

Tuttavia, mentre gli studi trasversali non chiariscono se tale deficit sia la causa o l'effetto dei disturbi mentali, i dati delle ricerche longitudinali evidenziano come la *re-appraisal* modifica con successo il proprio scopo disfunzionale e sia in grado di ridurre i sintomi depressivi (Kassel, Evatt *et al.*, 2007). Al contrario, l'uso di strategie di regolazione disadattive è un buon predittore di sintomi depressivi (Aldao *et al.*, 2012).

Inoltre, bassi livelli d'intelligenza emotiva, sono sempre associati all'abuso di droga e alcol. Gli individui con disturbi da uso di sostanza spesso riferiscono una maggiore difficoltà di regolare le emozioni più di quanto

non emerge dai controlli sani, in particolare durante i periodi di astinenza (Berking *et al.*, 2011).

Una serie di studi presenti in letteratura hanno trovato una relazione significativa tra deficit di regolazione delle emozioni e disturbi del neurosviluppo in età evolutiva, come il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (Shaw *et al.*, 2014) e il disturbo dello spettro autistico (Prizant *et al.*, 2006). Zimmer-Gebeck e Skinner (2011) hanno evidenziato due modalità di utilizzo delle strategie di coping, nella fascia di età dall'infanzia all'adolescenza. All'aumentare dell'età corrisponde l'incremento delle abilità di regolazione che si evidenzia non solo in una maggiore comprensione delle situazioni emotive, ma soprattutto attraverso un repertorio sempre più ampio e sofisticato di strategie di regolazione, come l'utilizzo del problem-solving, dell'evitamento cognitivo e comportamentale per fronteggiare le situazioni di stress. Inoltre, rispetto ai bambini, gli adolescenti sembrano essere più in grado di riflettere sui propri stati emotivi e di utilizzare sempre più sofisticate strategie cognitive funzionali, come il *self-talk* e il *reappraisal*. La seconda tendenza di sviluppo dall'infanzia all'adolescenza, secondo l'analisi di Zimmer-Gebeck e Skinner (2011), riflette una maggiore capacità di analizzare le situazioni di conflitto ed adattarsi ad esse. Salisch e Vogelgesang (2005) hanno osservato un aumento nell'uso di spiegazioni e di riconciliazioni in tali situazioni.

Il deficit di regolazione emotiva, come viene concettualizzato da Linehan (1993) è da riferirsi a tre componenti di base:

- la *sensibilità agli stimoli emotivi* consiste in un'elevata ipervigilanza e una capacità di cogliere in maniera veloce e intensa i segnali provenienti dalla situazione in atto. Tali soggetti tendono a collegare prontamente e fortemente i segni facciali e corporei delle altre persone alle emozioni, soprattutto quelle negative;
- l'*intensità della risposta* riguarda la modalità di risposta, che è immediata e intensa, per qualsiasi segnale veicolante un'emozione, porta all'impossibilità di tollerare stati emotivi intensi e dolorosi e a mettere in atto comportamenti disfunzionali o di natura auto lesiva. Il sollievo temporaneo dalla sofferenza che tali gesti, seppur dolorosi, implicano è un risultato paradossale poiché mantiene il ciclo della disregolazione emotiva;
- il *ritorno alla condizione emotiva di base* riguarda la durata degli stati emotivi molto marcata e si caratterizza per un funzionamento emotivo costantemente attivato, senza possibilità di ritorno alla soglia di funzionamento di base.

In sintesi, vi è una forte evidenza empirica che i deficit di regolazione

Franca Carzedda et al.

delle emozioni siano associati ai disturbi mentali e che contribuiscano in modo significativo allo sviluppo e al mantenimento degli stessi.

L'intervento DBT con gli adolescenti

La Dialectical Behavior Therapy (DBT) è ormai ampiamente conosciuta e diffusa grazie alle numerose prove di efficacia condotte negli ultimi vent'anni con studi RCT (ad esempio, Bohus *et al.*, 2004; Linehan *et al.*, 2006) che la collocano tra i trattamenti principali del disturbo borderline di personalità (DBP) e di coloro che presentano problemi di disregolazione emotiva.

Nel modello DBT la disregolazione emotiva è concettualizzata come la disfunzione primaria, il nucleo patogenetico del DBP e tutti i comportamenti disfunzionali quali, tentativi suicidari, autolesioni, abuso di sostanze, farmaci, alcol, comportamenti sessuali promiscui o altri ancora non sarebbero altro che un tentativo di gestire, controllare e ri-regolare le emozioni. Questa disfunzione è il frutto di una combinazione tra fattori biologici e ambientali che si intersecano e si mantengono negli anni.

L'applicazione di questo modello è stata prevalentemente rivolta ad una popolazione clinica adulta e solo negli ultimi anni l'attenzione si è spostata anche su un pubblico giovanile e non solo clinico, grazie al lavoro di Rathus e Miller (2014) i quali hanno il merito di aver applicato la DBT standard alla fascia adolescenziale, inserendo ed adattando nuovi ed originali elementi.

La DBT per adolescenti conferma il ruolo centrale della disregolazione emotiva nell'esordio e nel mantenimento dei problemi comportamentali. Difficoltà in questo ambito influenzano lo sviluppo ottimale dell'identità e delle capacità relazionali. Tale approccio mantiene la logica dell'intervento standard proponendo un setting composto da terapia individuale, gruppi di *skill training*, team di consultazione e *coaching* telefonico. Fedele al modello originario restano anche gli elementi essenziali ovvero la teoria bio-sociale, la dialettica, gli obiettivi, le strategie terapeutiche, le procedure di cambiamento e le varie *skills*.

Per comprendere pienamente l'adattamento DBT è necessaria innanzitutto una padronanza teorica e clinica della DBT classica. Questo è un requisito imprescindibile per coloro che vogliono occuparsi di adattamenti del modello in setting differenti. Ci rendiamo conto che sarebbe utile una ripresa dei vari concetti base ma per questo rimandiamo il lettore ad un approfondimento personale attraverso ulteriori letture; qui ci concentreremo solo sugli elementi caratteristici distintivi del trattamento applicato agli ado-

lescenti affiancando la spiegazione teorica all'illustrazione di materiale clinico tratto dall'ultimo manuale di Rathus e Miller (2014).

Gli aspetti innovativi tengono conto delle differenze nello sviluppo cognitivo, emotivo e soprattutto del contesto di vita del ragazzo il quale si trova a vivere ancora in stretta dipendenza dalla propria famiglia di origine. Per questo motivo gli autori propongono l'inclusione dei genitori nel trattamento attraverso la partecipazione ai gruppi multifamiliari. Questa proposta costituisce l'innovazione principale rispetto al modello originario e vuole offrire sia ai ragazzi che ai familiari le stesse abilità al fine di modificare comportamenti problematici ma soprattutto ridurre il conflitto che risulta essere sia un fattore di mantenimento che scatenante comportamenti disfunzionali. Si tratta di un nuovo modulo di *skills training* appositamente introdotto, che si affianca ai quattro standard, denominato "walking in the middle path" ovvero "percorrere il sentiero di mezzo". Qui si insegnano a tutti i componenti della famiglia la validazione, il cambiamento comportamentale ed il pensiero dialettico che rappresenta la cornice essenziale di tutto il trattamento. Proprio sulla dialettica, che costituisce il cardine della DBT, focalizzeremo il nostro intervento cercando di declinare il concetto all'applicazione clinica illustrando alcune schede di lavoro utilizzate dal terapeuta per lavorare sulla dinamica familiare.

Pensare in modo dialettico significa bilanciare costantemente tra tensioni opposte al fine di raggiungere un equilibrio che rappresenta una fase di sviluppo e di crescita che può essere considerato una sintesi del livello precedente; il processo poi ricomincia. La visione dialettica dirige l'attenzione verso singole parti del sistema per spostarsi verso l'interrelazione tra le stesse e per procedere ancora verso contesti più ampi. Si tratta quindi di una visione dinamica della realtà, dove le varie posizioni rappresentano punti di partenza nella costruzione di una realtà più ampia che le ingloba entrambe. La capacità dialettica, in ambito DBT, è paragonabile a una danza in cui ci si muove costantemente tra accettazione e cambiamento. Di fronte a posizioni estreme e differenti, condurre un dialogo dialettico significa riconoscere e onorare la verità presente in ciascuna di esse, per raggiungere una posizione comune che le consideri entrambe, permettendo l'avanzamento ad una fase successiva. Ridurre gli aspetti conflittuali nelle famiglie problematiche rappresenta una sintesi molto elevata, frutto di costanti movimenti dialettici in cui il compito del terapeuta è quello di insegnare, attraverso l'aiuto di opportune schede, a bilanciare posizioni estreme assunte da ciascun membro della famiglia in modo da avanzare verso una posizione centrale. Questa è la strada maestra per ottenere dei cambiamenti comportamentali, in quanto «per cambiare l'adolescente occorre cambiare l'interazione» (Swenson, 2015). Con l'inclusione dei genitori gli autori mirano

quindi a intervenire direttamente nel contesto di vita dei ragazzi attraverso il coinvolgimento di chi sta loro accanto; tra queste persone si configurano anche gli amici o altri significativi che possono essere interpellati ed inseriti nel percorso utilizzando soprattutto il setting individuale.

Come già accennato, un terapeuta che volesse iniziare ad applicare un trattamento DBT ad adolescenti dovrebbe conoscere i principi fondamentali teorici del modello e saperli applicare al contesto clinico, ma dovrebbe soprattutto sapere come funziona la mente del giovane cliente. L'uso del ritmo, della velocità, della tecnologia, la non prevedibilità, l'irriverenza e la fermezza sono caratteristiche essenziali che il trainer dovrebbe avere in quanto incontrano aspetti tipici di questa fascia di età. Le caratteristiche appena enunciate incontrano le modalità ed i bisogni di tutti gli adolescenti che si trovano a vivere importanti cambiamenti soprattutto a livello cerebrale che li predispongono alla comparsa della ricerca di novità, di una maggiore intensità emotiva e dell'esplorazione creativa (Siegel, 2013). Infine, cosa più importante è la capacità di entrare nel mondo del ragazzo ovvero riuscire a pensare cosa pensa lui e a riconoscere la saggezza dei suoi comportamenti per quanto disregolati, effettuando così un'autentica validazione della persona. «Per trattare un adolescente occorre ascoltarlo finché non ci si sente esattamente come lui» (Swenson, 2015).

Coloro che presentano comportamenti problematici risultano essere mancanti di competenze interpersonali, di autoregolazione e di tolleranza della sofferenza. È facilmente intuibile come in un momento di vita caratterizzato da una tale spinta propulsiva la mancanza di strategie di autoregolazione e di regolazione interpersonale possa far scatenare problemi comportamentali di varia entità. La DBT mira a motivare, costruire, potenziare e generalizzare l'uso delle abilità di autoregolazione, di consapevolezza emotiva, di efficacia interpersonale e di tolleranza della sofferenza sia del ragazzo che dei familiari. È proprio su queste caratteristiche che si basano i quattro moduli dello *skills training*: mindfulness, tolleranza della sofferenza, regolazione emotiva ed efficacia interpersonale, arricchiti dal "percorrere il sentiero di mezzo". Ciascun modulo propone specifiche *skills* DBT che sono strategie comportamentali che i terapeuti insegnano ai clienti al fine di fornire loro competenze utili per la gestione di problemi quotidiani.

Un concetto chiave e specifico del trattamento DBT adolescenti è quello dell'autorevolezza genitoriale, riconosciuta fondamentale in molti programmi volti a lavorare sulla genitorialità e sulla quale si è costruita l'idea del gruppo multifamiliare. Il genitore deve cioè essere una figura in grado di stabilire una disciplina ferma, con regole e conseguenze chiare, di mantenere una buona alleanza e questo lo deve fare costruendo e mantenendo uno stile

democratico e in un clima di flessibilità in base al quale sono ammesse negoziazioni entro certi limiti, assumendo quindi un pensiero dialettico. Queste caratteristiche sono spesso assenti nelle famiglie con ragazzi problematici che vanno aiutate a costruire queste capacità; per farlo occorre insegnare loro tale modalità di pensiero in cui la coppia genitori-figlio inizia ad osservare e rispettare la posizione dell'altro comprendendo i diversi punti di vista. Non è facile far interiorizzare che è possibile capire l'altro senza essere d'accordo e senza approvare ma questo passaggio è fondamentale per raggiungere l'equilibrio tra le proprie e le altrui posizioni. Inizia così il lavoro sulla dialettica che è la cornice su cui si articoleranno tutti gli interventi. Essa ingloba strategie di validazione e costruzione di alternative comportamentali che sono le due strategie nucleari DBT e mirano rispettivamente all'accettazione e al cambiamento arrivando poi ad una sintesi che rappresenterà un ulteriore punto di partenza. Molto spazio viene dato ad insegnare la validazione ai genitori ed ai ragazzi aiutandoli a far proprio questo concetto che non va confuso, come spesso accade, con l'approvare, il rinforzare, il giustificare. Validare significa "comunicare al paziente", in questo caso ai ragazzi e ai familiari, «che le sue reazioni hanno un senso e che possono essere comprese se si tiene conto della sua condizione attuale, dei fattori ambientali e delle diverse situazioni che intercorrono» (Linehan, 1993).

Nel modulo "percorrere il sentiero di mezzo", si interviene sui meccanismi di invalidazione, sull'inefficacia delle strategie comportamentali e sulla polarizzazione dei conflitti ed estremizzazione dei comportamenti. Queste oscillazioni tra polarità opposte sono caratteristiche di interazioni familiari in cui i componenti tentano così di regolare i loro stati emotivi e vengono progressivamente a costituire una serie, pressoché invariante, di modelli di comportamento. Questi estremi comportamentali, definiti "dilemmi dialettici" sono quindi dei pattern appresi abbastanza stabili di regolazione emotiva che risulta essere talora eccessiva e talora insufficiente. A seguire i tre "dilemmi dialettici" specifici dell'adolescente e delle interazioni con la famiglia che si affiancano a quelli DBT standard.

Dilemmi dialettici dell'interazione familiare:

- indulgenza eccessiva vs controllo autoritario;
- comportamenti patologici ritenuti normali vs comportamenti normali considerati patologici;
- forzare l'autonomia vs forzare la dipendenza.

Dilemmi dialettici DBT standard:

- vulnerabilità emotiva vs autoinvalidazione;
- passività attiva vs competenza apparente;
- crisi ricorrenti vs inibizione delle risposte emotive.

Considerando i dilemmi dialettici DBT standard, le polarità rappresentate da vulnerabilità, passività attiva e crisi ricorrenti sono quelle che maggiormente risentono del substrato biologico che sottende la regolazione delle risposte emotive. Esse consistono in un'elevata attivazione emotiva, in una tendenza a essere passivi e impotenti di fronte ai problemi facendo in modo che gli altri si attivino per risolverli e nella messa in atto di fughe immediate e impulsive dalla sofferenza. All'estremo opposto abbiamo modalità che sono maggiormente influenzate da ciò che a livello sociale consegue all'espressione delle emozioni: l'invalidazione di sé ovvero la squalifica costante dei propri stati interni conseguente alla squalifica ambientale ricevuta, la competenza apparente in cui il soggetto si presenta con più risorse e capacità di quelle che realmente possiede e l'inibizione delle esperienze dolorose attraverso l'evitamento automatico di stimoli che evocano perdite, dolori e traumi.

I dilemmi dialettici dell'interazione familiare invece mettono in risalto, per l'appunto, tipiche interazioni tra genitori e adolescenti in cui si assiste a un'oscillazione tra l'essere troppo permissivi o, viceversa, troppo rigidi, tra minimizzare gravi problemi comportamentali o l'ingigantire quelli che sono normali e infine costringere troppo presto all'indipendenza o favorire la dipendenza. Nel primo dilemma possiamo incontrare genitori che, magari per stanchezza, lasciano estrema libertà al ragazzo non indicando, ad esempio, un orario di rientro la sera per poi passare a un'eccessivo controllo sui suoi spostamenti o a punizioni in cui viene vietata qualsiasi uscita. Una famiglia, inoltre, si può muovere da un'estremo in cui "tutto è permesso" come, ad esempio, essere a conoscenza e accettare che il ragazzo usi droghe leggere a un comportamento eccessivamente rigido di fronte a comportamenti normali che consistono in un lieve superamento di un confine. Quest'ultimo è diverso dal fatto di oltrepassare lo stesso e può essere accettato, compreso e fatto oggetto di lavoro con il paziente BPD ed anche con l'adolescente che viene definito da Gunderson proprio come «un disturbo borderline transitorio» (Gabbard, 2009). Un comportamento che oltrepassa il confine può essere il provare a fumare una sigaretta a cui, nell'ottica del dilemma dialettico, il genitore può far seguire una reazione fortemente repressiva e punitiva motivata dalla paura derivante dall'idea catastrofica: "una sigaretta oggi sarà un'assunzione di droga domani". A questo secondo dilemma dedicheremo la parte finale di questo articolo illustrando specifiche schede di lavoro del modulo "walking in the middle path". Infine, l'ultimo dilemma evidenzia un'oscillazione tra una spinta eccessiva di autonomia in cui il ragazzo, solo perché maggiorenne, deve uscire di casa, ed un'eccessivo controllo in cui ad esempio viene chiesto al

giovane quando fuori casa di contattare i familiari ogni ora. Tutti questi dilemmi e le rispettive estremizzazioni vengono affrontate muovendosi su due obiettivi di trattamento, uno volto a ridurre il comportamento disadattivo e l'altro volto ad aumentare una risposta più adattiva. Questo in linea con gli obiettivi generali dello *skill training* che mirano da un lato a *diminuire* la disregolazione emotiva, del sé, interpersonale e comportamentale, e dall'altro ad *incrementare* la regolazione delle emozioni, dei rapporti interpersonali, della consapevolezza di sé e della tolleranza della sofferenza. In buona sostanza, diminuire quanto dannoso e incrementare tutto ciò che può essere utile al raggiungimento di un equilibrio muovendosi verso una sintesi dialettica.

Esempi di applicazione clinica della DBT agli adolescenti

Dopo questa panoramica sui dilemmi dialettici ci dedichiamo ora alla descrizione degli interventi supportati dalle schede di lavoro e, come esempio, ci riferiremo al secondo dilemma dialettico: *sottovalutare i comportamenti problematici* versus *sopravalutare i tipici comportamenti adolescenziali*.

Presentando questo argomento ai partecipanti, adolescenti e familiari, è importante sottolineare l'obiettivo dell'uso delle schede, ovvero rendere i membri del gruppo consapevoli, attraverso una prima parte psicoeducativa, che esistono queste posizioni estreme chiamate dilemmi dialettici. Viene spiegato loro che il lavoro consiste proprio nell'imparare a notare quando si verificano tali posizioni e li si stimola a lavorare insieme per raggiungere una sintesi che dovrebbe portare a sbloccare una situazione di conflitto. Non deve essere avallata l'aspettativa che il lavoro con le *skills* possa risolvere i grandi nodi conflittuali che insorgono in famiglia ma avvicinare i partecipanti a un concetto di confronto, di dialogo, di mediazione che per molti di loro risulta essere un'esperienza nuova. In quest'ottica il gruppo diviene oltre che un contesto terapeutico dove si apprendono le *skills* anche una "palestra relazionale correttiva" dove i partecipanti hanno la possibilità di apprendere nuovi modelli di comportamento che possono essere poi generalizzati al loro contesto di vita quotidiano.

Tornando al nostro secondo dilemma il conduttore principale del gruppo, il leader, introduce il nuovo argomento spiegando ai partecipanti cosa si intende per posizioni estreme, portando esempi concreti riguardanti entrambe. Nello specifico viene spiegato ai partecipanti che sottovalutare i comportamenti problematici significa minimizzare la gravità di comportamenti

che potrebbero essere disadattivi o pericolosi e che al contrario sopravvalutare i tipici comportamenti adolescenziali significa avere reazioni potenzialmente eccessive rispetto a comportamenti che, se considerata la cornice evolutiva tipica di quella fascia d'età, possono essere considerati normali.

Gli esempi forniti devono avere come *focus* entrambe le posizioni ovvero sia l'atteggiamento minimizzante da parte dei genitori, sia il vissuto in prima persona dall'adolescente.

Per quanto riguarda la posizione del *minimizzare i comportamenti problematici* gli esempi proposti potrebbero essere i seguenti:

- esempio dell'*essere genitori*: per un lungo periodo di tempo un genitore è rimasto indifferente ai brutti voti conseguiti a scuola dal figlio, si è disinteressato del fatto che trascorre molto tempo fuori casa frequentando un gruppo di coetanei che fa uso di droga e alcool. Dopo che il ragazzo viene ricoverato per coma etilico i genitori cambiano radicalmente posizione, gli impediscono di uscire e interpretano in modo allarmante gli scambi di sms che il ragazzo ha con i suoi coetanei;
- esempio del *rapporto dell'adolescente con sé stesso*: un adolescente pur avendo ottime risorse cognitive non dà importanza ad un significativo calo di prestazione a scuola. Il ragazzo mente ai genitori dicendo di andare a scuola invece passa molto tempo nelle sale giochi. Ritene di poter recuperare la scuola in qualsiasi momento pensando di essere più furbo dei suoi compagni a comportarsi così. Una mattina invece di andare a scuola decide con alcuni amici di fermarsi in centro e abusa di alcol entrando in coma etilico. Dirà successivamente che ha solo esagerato con le dosi, la prossima volta riuscirà a fermarsi prima e che non è successo nulla di grave.

Una volta forniti gli esempi il leader propone degli spunti per stimolare un confronto sul tema trattato. Ad esempio potrebbe esplorare sensazioni e pensieri sia dei genitori, sia dei ragazzi, avvalendosi di domande del tipo: "Cosa ne pensate degli esempi che vi ho riportato? Quali potrebbero essere i limiti di questa situazione? Vedete dei problemi o delle possibili conseguenze negative tenendo questa linea di comportamento? Vedete dei punti forza? È vantaggioso a breve e lungo termine avere estrema libertà e nessuna forma di controllo?".

Quando tutti i partecipanti, sia i ragazzi che i familiari, hanno espresso la loro opinione il leader propone seguendo la medesima modalità la seconda posizione estrema del dilemma *sopravvalutare i tipici comportamenti adolescenziali*. Fornisce quindi degli esempi anche per questa parte:

- esempio dell'*essere genitori*: un'adolescente si scambia sms con tre o quattro amici ogni giorno, manifesta il desiderio di andare in vacanza con gli amici e non più con la famiglia e desidera andare a fare shopping con le amiche anziché con la madre. I genitori non tollerano questo tipo di spinta

- verso l'indipendenza e cercano di porre fine a queste iniziative dicendo "Tu pretendi troppo. Sei concentrata solo sui tuoi amici e non dedichi abbastanza tempo alla tua famiglia come invece sarebbe giusto. Forse è meglio che per un po' tu stia senza telefono così avrai più tempo per parlare con noi";
- esempio del *rapporto dell'adolescente con se stesso*. L'adolescente si rivolge al proprio terapeuta: "Avrei voglia di andare tre mesi all'estero, cercandomi un lavoretto durante l'estate per fare un'esperienza nuova, conoscere gente diversa e stare lontano dalla famiglia perché ultimamente mi sta un po' stretta... però poi penso che sia sbagliato, che i miei soffrirebbero troppo sapendomi lontano e che non è giusto che alla mia età si abbiano questi grilli per la testa. Forse c'è qualcosa di sbagliato in me".

A questo punto il leader, come avvenuto per la prima posizione, stimola un confronto tra i partecipanti sull'argomento trattato. "Cosa ne pensate degli esempi che vi ho riportato? Quali potrebbero essere i limiti di questa situazione? Vedete dei problemi o delle possibili conseguenze negative tenendo questa linea di comportamento? Vedete dei punti forza? A breve e lungo termine sopravvalutare i comportamenti tipici dell'adolescenza secondo voi a cosa potrebbe portare?".

Quando i partecipanti con la mediazione dei conduttori del gruppo si sono confrontati su questo argomento il leader propone la scheda "Cosa è tipico per i ragazzi e cosa invece è motivo di preoccupazione" (tratta e modificata da Rathus e Miller, Manuale DBT per adolescenti, 2014) per cercare di normalizzare i comportamenti che possono essere considerati "tipici" e di rendere problematici quelli potenzialmente pericolosi. Prima di presentare la scheda torniamo sui dilemmi dialettici che riguardano gli adolescenti, in quanto una frequente osservazione riguarda il fatto che modalità comportamentali qui presentate appartengono a gran parte di loro. Il problema che si pone quindi è come discriminare la presenza di un problema clinico da una normale crisi adolescenziale. Ogni ragazzo è mosso da una normale spinta evolutiva ed in seguito ad importanti cambiamenti cerebrali (Siegel, 2013) a sperimentare comportamenti nuovi, più rischiosi, allontanandosi progressivamente dalle figure genitoriali, ma quello che rende un comportamento patologico è quanto ciò incida in modo significativo sul funzionamento del giovane. Questo non è facile da discriminare, soprattutto per un genitore che si trova di fronte ad una serie di cambiamenti improvvisi apparentemente non spiegabili. Pertanto, offrire linee guida e strumenti psicoeducativi risulta di fondamentale importanza per incrementare la capacità e l'autorevolezza genitoriale. La scheda che qui presenteremo (tabella 1) cerca di rispondere a questo quesito.

Presentando questa scheda, il leader del gruppo fa presente che deve esse-

re concepita come una guida che aiuti le famiglie ad accettare che certi comportamenti riflettano il normale sviluppo adolescenziale e a discriminare invece quelli che potrebbero aver bisogno di un'attenzione clinica. Diventa uno strumento utile e costruttivo se non viene considerato come un elenco dove si stabilisce in modo rigido e assoluto cosa è normale e cosa non lo è, altrimenti uno strumento che dovrebbe mirare ad una sintesi dialettica diviene esso stesso un fallimento dialettico. Inoltre, nel valutare un comportamento, risulta importante tenere in considerazione le differenze individuali di ogni adolescente che risente della cultura, dei valori della propria famiglia d'origine, dell'etnia di appartenenza e di altri sistemi di valori.

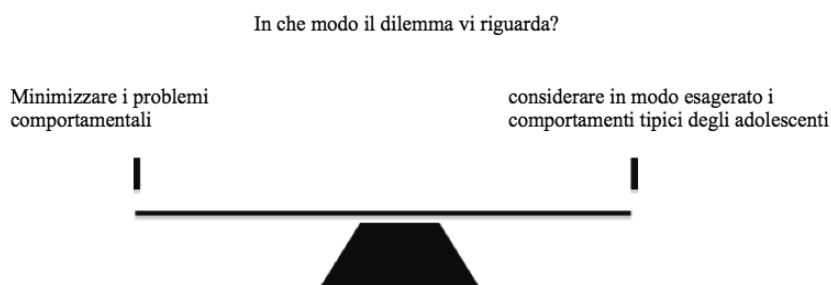
Tab. 1 – Che cosa è tipico degli adolescenti e che cosa invece è causa di preoccupazione?

<i>Tipico</i>	<i>Non tipico: causa di preoccupazione</i>
Frequenti sbalzi d'umore	Intense e persistenti malinconie, quadri depressivi, pensieri o ideazione suicidaria
Maggiore attenzione al proprio aspetto fisico e alle forme corporee	Perfezionismo, ideali irrealistici, comportamenti alimentari inadeguati (restrizione alimentare, abbuffate, condotte di eliminazione ecc.)
Diminuzione della concentrazione e calo della prestazione/motivazione	Distrazione pervasiva che arriva a compromettere prestazioni scolastiche e progetti in generale, incapacità di portare a termine attività e mansioni quotidiane
Maggior conflittualità familiare con connotati polemicici e di contestazione	Aggressioni fisiche e verbali, fughe da casa, contestazione alle regole, fatica a rispettare le regole e l'autorità
Sperimentare per curiosità tabacco, droghe leggere e alcool	Abuso di sostanze e alcool e comportamenti pericolosi correlati alle condotte di abuso (spaccio, promiscuità sessuale, aggressioni fisiche ecc.)
Difficoltà scolastiche	Rifiuto della scuola, bocciature, abbandono scolastico, praticare o essere vittima di bullismo ecc.
Manifestare interesse sessuale e desiderio di sperimentarsi	Promiscuità sessuale, rischio di gravidanze non desiderate, rischio di malattie sessualmente trasmesse
Maggior desiderio di privacy	Interrompere la comunicazione con la famiglia, isolamento, dire bugie e nascondere le cose
Aumentato interesse per la tecnologia e i social media	Trascorrere molte ore al giorno davanti al computer, incontrare partner conosciuti online, dare priorità alle relazioni virtuali
Alterato ritmo del sonno. Desiderio di vivere di notte e dormire fino a tardi nel weekend	Rimanere svegli tutta la notte, dormire tutto il giorno, saltare i pasti, arrivare abitualmente in ritardo a scuola, non portare a termine i progetti

Una volta presentata questa scheda, il leader stimola il confronto tra i partecipanti in particolare chiedendo e chiarendo se ci sono dubbi.

Il gruppo poi procede con l'esercizio *In che modo il dilemma ti riguarda*, che ha lo scopo di rappresentare graficamente lungo il *continuum* del dilemma (vedi schema sottostante), il punto in cui tutti i partecipanti si vedono collocati e in quale direzione vedono orientati i loro familiari. Viene chiesto di indicare sulla scheda con una X la posizione di se stessi e con una Y la posizione dei propri familiari.

Fig. 2 – Esercizio *in che modo il dilemma vi riguarda?* Continuum del secondo dilemma (minimizzare i comportamenti patologici-considerare in modo esagerato i comportamenti tipici dell'adolescente)



Una volta che ogni partecipante ha compilato la scheda viene chiesto di rappresentare fisicamente ciò che hanno riportato nel grafico. Il leader spiega che i due angoli diametralmente opposti della stanza rappresentano le due posizioni estreme del dilemma e il centro della parete rappresenta simbolicamente *la via di mezzo* che considera e valorizza la parte di verità e la fondatezza contenute in ciascuna delle due posizioni aspirando ad una mediazione delle parti.

Terminato l'esercizio, il leader propone un confronto tra i membri di ogni nucleo familiare ponendo attenzione a non dare troppo spazio alla richiesta di chiarimenti del tipo “*io non sono d'accordo sulla posizione in cui mi ha collocato mio figlio*” oppure “*mia madre non vede le cose fino in fondo e sbaglia a interpretare i miei comportamenti*”, perché altrimenti si rischia di perdere il *focus* del lavoro. Nel caso in cui insorgano discussioni, il leader rimanda alla seduta di terapia familiare eventuali osservazioni e nodi irrisolti e ribadisce ai partecipanti l'importanza di diventare consapevoli dei punti di vista opposti, per imparare a trovare un compromesso che tenga in considerazione entrambi i punti di vista.

Franca Carzedda et al.

L'ultima parte del gruppo viene dedicata a trovare una possibile *via di mezzo tra il sottovalutare e il sopravvalutare*, che nel caso di questo dilemma potrebbe consistere nel riconoscere quando un comportamento genera preoccupazione e oltrepassa oggettivamente il "limite" e allo stesso tempo riconoscere quali comportamenti fanno parte di un tipico sviluppo adolescenziale. Per elaborare questa distinzione ci si può avvalere della scheda "*comportamenti tipici e comportamenti causa di preoccupazione*" o del consiglio di un esperto al di sopra delle parti. Il leader propone quindi degli esempi che esemplifichino il concetto appena espresso.

Esempio dell'essere genitori: un ragazzo esagera con l'alcool alla festa dei 18 anni del suo migliore amico. Sua madre, venuta a conoscenza del fatto, lo rimprovera duramente dicendogli che non ammette questo tipo di comportamenti e che se capita un'altra volta lo porterà in un Centro per la disintossicazione da alcool. Gli dice inoltre che è una persona debole e che è profondamente delusa per quanto accaduto. Il ragazzo le urla dicendo che non è vero niente e che è stato soltanto un episodio. Le dice inoltre in malo modo di lasciarlo in pace e che d'ora in poi non le racconterà più nulla di sé.

A questo punto viene chiesto ai partecipanti di individuare le due posizioni estreme del dilemma e di provare a formulare una sintesi. È importante lasciare un tempo sufficiente di confronto e di riflessione.

Soltanto alla fine, dopo aver considerato e valorizzato quanto emerso, il conduttore propone scrivendo alla lavagna la sua idea di *sintesi* che potrebbe essere: "è importante che il genitore riconosca se ci sono comportamenti potenzialmente problematici come l'uso di alcool e che chieda spiegazioni al figlio con l'obiettivo di comprenderne il significato e allo stesso tempo di valutare la gravità del fatto. Eventualmente può intensificare il monitoraggio e iniziare a dare delle limitazioni nelle uscite nel caso in cui il comportamento si verifichi nuovamente".

È importante che il leader condivida con il gruppo anche alcune considerazioni in merito all'esempio riportato come "il fatto che un genitore denigri suo figlio per un comportamento non abituale e avvenuto in circostanze particolari tipo la festa dei 18 anni del suo migliore amico potrà solo intensificare il conflitto e non porterà alla risoluzione del problema. L'adolescente facilmente si sentirà non compreso e si chiuderà in se stesso. Che ne pensate? Un adolescente normalmente può manifestare molta irritazione se si sente criticato ingiustamente e se si sente intralciato rispetto al suo desiderio di sperimentare comportamenti nuovi".

Con la medesima modalità si passa all'esempio che riguarda l'adolescente in prima persona.

Esempio del rapporto dell'adolescente con se stesso: un'adolescente ad una serata con amici esagera con l'alcool e prende psicofarmaci in dosi esagerate rispetto alla prescrizione medica. Torna a casa completamente ubriaca e confusa. Riferendo l'episodio al suo terapeuta la ragazza minimizza l'accaduto e dice che non è capitato niente di grave. Dice inoltre che alla sua età è normale aver voglia di esagerare e di divertirsi insieme agli amici.

Dopo aver chiesto ai partecipanti in che punto dello schema del dilemma posizionerebbero questa ragazza si prova a fare un tentativo di sintesi dialettica rispetto a quanto riportato nell'esempio. Prima si fanno sperimentare i partecipanti nel trovare la via di mezzo e poi il leader condivide la sua proposta scrivendola alla lavagna: *“mi piace uscire con gli amici e divertirmi con loro. A volte ci capita senza accorgerci di esagerare con l'alcool. Ultimamente però mi sembra di aver perso il controllo e che mi stia sfuggendo tutto di mano. Forse ho bisogno di aiuto per capire cosa sta succedendo e come posso fare per evitare che la situazione degeneri”*.

Condurre i pazienti verso questo equilibrio dialettico, che è lo scopo ultimo della terapia, richiede tempo, conoscenza dei protocolli e delle tecniche DBT, ma la sfida maggiore per il clinico, anche il più esperto, consiste nel «saper gestire gli spazi non definiti fra esse, richiede una completa chiarezza rispetto agli scopi e ai target del trattamento; richiede tatto, abilità di fare gli interventi al momento giusto e agilità; persistenza, pazienza e coraggio». «In altre parole, ciascuna delle fasi, dei protocolli e delle strategie prescritte possono essere messe in pratica in centinaia di modi differenti, e gli spazi non definiti fra le fasi del trattamento sono più ampi delle fasi stesse» (Swenson, 2016).

Riassunto

I numerosi cambiamenti che l'individuo attraversa in adolescenza, unitamente ad alcune caratteristiche come, ad esempio, la tendenza alla sperimentazione, la ricerca di sensazioni forti e il bisogno di autonomia rendono complesso e difficile l'intervento psicoterapeutico. Lo specialista che si occupa di adolescenti sa che queste peculiarità mettono alla prova le capacità di autoregolazione dei soggetti rispetto a una varietà di rischi connessi alla salute e all'adattamento.

Indipendentemente dalle problematiche per cui è richiesto l'aiuto, in questa fascia di età, pertanto, sarà importante intervenire sulla gestione delle emozioni e sul controllo del comportamento. In questo articolo ci occuperemo di definire la regolazione e la disregolazione emotiva e comportamentale e presenteremo un intervento di Dialectical Behavior Therapy che da pochi anni è stato adattato anche all'adolescenza.

Parole chiave: adolescenza, disregolazione emotiva, Dialectical Behavior Therapy.

Franca Carzedda et al.

Abstract

Adolescence, emotional dysregulation and treatment through Dialectical Behavior Therapy

Individuals undergo numerous changes during adolescence. These changes, along with certain characteristics such as the tendency to experiment (with risky behavior), the pursuit of strong feelings and the need for independence, make psychotherapeutic interventions at this age particularly complex and difficult. The expert who specializes in adolescents is aware that when it comes to health risks and adaptation, these peculiarities put the individual's capacity for autoregulation to the test.

Therefore, interventions at this age should focus on emotion management and behavioral control, regardless of the problems that the patient reports. In this paper, we will describe emotional and behavioral regulation and dysregulation. We will also give an account of a Dialectical Behavior Therapy intervention that has been adapted for adolescents in recent years.

Key words: adolescence, emotional dysregulation, Dialectical Behavior Therapy.

BIBLIOGRAFIA

- Aldao A., Nolen-Hoeksema S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1): 276-278, doi: 10.1037/a0023598
- Anzalone M., Williamson G. (2000). Sensory processing and motor performance in autism spectrum disorders. In: Wetherby A., Prizant B., editors, *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore, MD: Paul Brookes.
- Belsky J., Beaver K.M. (2011). Cumulative-genetic plasticity, parenting and adolescent self-regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52: 619-626. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02327
- Berking M., Margraf M., Ebert D., Wupperman P., Hofmann S.G., Junghanns K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3): 307-318. doi: 10.1037/a0023421
- Campos J.J., Campos R.G., Barrett K.C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 75: 377-394. doi: 10.1177/1754073910388685
- Cicchetti D., Ganiban J., Barnett D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In: Garber J., Dodge K., editors, *The development of emotion regulation and dysregulation*, Cambridge: Cambridge University Press.
- De Gangi G. (2000). *Pediatric disorders of regulation in affect and behavior: A therapist's guide to assessment and treatment*. San Diego, CA: Academic Press.
- Del Piero L.B., Saxbe D.E., Margolin G. (2016). Basic emotion processing and the adolescent brain: Task demands, analytic approaches, and trajectories of chan-

- ges. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 19: 174-189. doi: 10.1016/j.dcn.2016.03.005
- Frijda N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press (trad. it.: *Emozioni*, Bologna: Il Mulino, 1990).
- Gabbard G.O. (2009). *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Arlington, VA: Psychiatric Association Publisher.
- Geier C.F., Terwilliger R., Teslovich T., Velanova K., Luna B. (2010). Immaturities in Reward Processing and Its Influence on Inhibitory Control in Adolescence. *Cerebral Cortex*, 20(7): 1613-1629. doi: 10.1093/cercor/bhp225
- Gross J.J. (1999). Emotion regulation: Past, present, and future. *Cognition and Emotion*, 13: 551-573. doi: 10.1080/026999399379186
- Gross J.J., Thompson R.A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross J.J., editor, *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press, pp. 3-24.
- Kassel J.D., Evatt D.P., Greenstein J.E., Wardle M.C., Yates M.C., Veillux J.C. (2007). The acute effects of nicotine on positive and negative affect in adolescence smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 30: 316-326. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.543
- Kientz M., Dunn W. (1997). A comparison of the performance of children with and without autism on the sensory profile. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51: 530-537. doi: 10.5014/ajot.51.7.530
- Larson R., Moneta G., Richards M.H., Wilson S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73: 1151-1165. doi: 10.1111/1467-8624.00464
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Prizant B., Wetherby A., Rubin E., Laurent A., Rydell P. (2006), *The SCERTS model: A comprehensive educational approach for children with Autism Spectrum Disorder*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Rathus J.H., Miller A.L. (2014). *DBT Skills Manual for Adolescents*. New York: Guilford Publications.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006). *So quel che fai*. Milano: Raffaello Cortina.
- Saarni C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.
- Salisch M.V., Vogelgesang J. (2005). Anger regulation among friends: Assessment and development from childhood to adolescence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22: 837-855. doi: 10.1177/0265407505058702
- Shaw P., Stringaris A., Nigg J., Leibenluft E. (2014). Emotional dysregulation and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3): 276-293. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13070966
- Siegel D.J. (2013). *Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain*. London: Penguin.
- Silk J.S., Steinberg L., Morris A.S. (2003). Adolescents emotion regulation in daily

Franca Carzedda et al.

- life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6): 1869-1880. doi: 10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x
- Sim L., Zeman J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disorder and eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35: 219-228. doi: 10.1007/s10964-005-9003-8
- Southam-Gerow M.A. (2013). *Emotion regulation in children and Adolescent. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Steinberg L., Graham S., O'Brien L., Woolard J., Cauffman E., Banich M. (2009), Age Differences in Future Orientation and Delay Discounting. *Child Development*, 80: 28-44. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01244.x
- Swenson C.R (2015). *DBT-Adolescenti*. Seminario, Roma, 4 dicembre.
- Swenson C.R. (2016). *DBT® Principles in Action: Acceptance, Change, and Dialectics*. New York: Guilford Press.
- Teslovich T., Mulder M., Franklin N.T., Ruberry E.J., Millner A., Somerville L.H., Simen P., Durston S., Casey B.J. (2014). Adolescents let sufficient evidence accumulate before making a decision when large incentives are at stake. *Developmental Science*, 17: 59-70. doi: 10.1111/desc.12092
- Thompson R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59: 24-52. doi: 10.2307/1166137
- Trevarthen C. (2005). Action and emotion in development of cultural intelligence: why infant have feelings like ours. In: Nadel L., Muir D., editors, *Emotional development*. Oxford: Oxford University Press, pp. 61-91.
- Werner H. (1957). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In: Harris D., editor, *The concept of development*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Zimmer-Gembeck M.J., Skinner E.A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35: 1-17. doi: 10.1177/0165025410384923