

Adolescenti in trattamento psicologico: una indagine epidemiologica descrittiva

Abstract

L'articolo nasce da una indagine retrospettiva sugli adolescenti che si sono rivolti al Servizio di Salute Mentale aretino. Sono stati analizzati i percorsi clinici di 60 ragazzi e ragazze tra i 14 e i 18 anni che hanno completato la valutazione psicodiagnostica e sono stati avviati ad un programma terapeutico – riabilitativo. Viene descritta la distribuzione per diagnosi dei soggetti. L'articolo riporta poi per ogni sottogruppo diagnostico il profilo medio al test di personalità MMPI A con relativo Codice di Butcher e Williams, l'incidenza di Disturbi Specifici dell'Apprendimento nel campione, il tipo di trattamento avviato e la ripartizione dei casi di Drop Out. Lo studio offre informazioni utili per orientare le equipe curanti nelle scelte dei programmi terapeutico - riabilitativi.

Parole chiave: adolescenza, salute mentale, UFSMIA, MMPI A, trattamento psicologico

■ Introduzione

Il numero di adolescenti che richiedono un accesso ai Servizi di Salute Mentale sono in costante aumento^{1,2}, un segnale che indica, secondo molti, una diminuzione del benessere psicologico tra i giovani, anche in Italia³. In questo panorama l'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di Arezzo (UFSMIA) non fa eccezione: le richieste di accesso da parte di adolescenti provenienti dal territorio di riferimento sono in questi anni progressivamente aumentate. In un contesto operativo in cui le risorse del SSN tendono a contrarsi e le richieste di presa in carico tendono ad aumentare la necessità di ottimizzare le scelte operative diventa una priorità. La ricerca si è posta come obiettivo l'individuazione di fattori che hanno favorito/ostacolato il per-

corso terapeutico incrociando informazioni possedute a conclusione della fase di assessment iniziale e esito del trattamento psicologico.

Materiali e metodi

L'UFSMIA di Arezzo assicura interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per la tutela della salute mentale di bambini, preadolescenti e adolescenti attraverso l'attività ambulatoriale, domiciliare, in rete con gli istituti scolastici, con le agenzie del territorio dedicate all'età evolutiva e adolescenziale e con le strutture semiresidenziali e residenziali del privato accreditato⁴.

Durante il 2017 sono arrivate all'UFSMIA di Arezzo 294 nuove richieste di intervento. Tra queste si sono contati 124 preadolescenti e adolescenti (12-18 anni), pari al 42,2% del totale. Le richieste di visita psicologica sono state numerose. La valutazione psicologica, basata su colloqui clinici e sulla somministrazione di test specialistici, ha portato o ad una consulenza o ad un programma di trattamento terapeutico – riabilitativo a breve o medio-lungo termine, con interventi pluri - professionali o mono - professionali, gestiti in questo caso direttamente dallo psicologo.

La nostra ricerca è uno studio descrittivo/osservazionale di tipo retrospettivo, una indagine basata su un campione di 60 adolescenti aretini che si sono rivolti all'UFSMIA nel quadriennio tra il secondo semestre 2013 e il primo semestre 2018 completando la valutazione psicodiagnostica. Tutti gli adolescenti del campione sono stati indirizzati ad un programma terapeutico – riabilitativo.

Il pediatra o il medico di famiglia di ognuno dei soggetti compresi nel campione ha prescritto una visita psicologica poi richiesta dai familiari ai professionisti dell'UFSMIA aretina. Ognuno degli adolescenti è stato successiva-

FIRENZO RANIERI*
LUCIA BABBINI**
ELISABETTA BELLAGAMBA***
VALENTINA DICHIARA****

*Psicologo clinico – Psicoterapeuta UFSMIA Arezzo – AUSL Toscana Sud-Est
 **Tirocinante Post-Lauream in Psicologia UFSMIA Arezzo – AUSL Toscana Sud-Est
 ***Psicologo - Psicoterapeuta Arezzo – AIPPI Associazione Italiana Psicoterapia Infanzia e Adolescenza
 ****Psicologo - Psicoterapeuta Arezzo – membro del C.P.N.C. (Centro di Psicologia e Neuropsicologia Clinica), Foiano della Chiana, Arezzo

Per corrispondenza:
fiorenzo.ranieri@uslsudest.toscana.it

mente valutato sulla base di un protocollo che prevede un colloquio anamnestico con i familiari, uno o più colloqui clinici con il ragazzo o la ragazza e la eventuale somministrazione di un test di personalità. Per i soggetti di questa indagine è stato utilizzato il test MMPI A. Il test MMPI A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) è un test di personalità basato su 478 domande con risposta Vero/Falso utilizzato per la valutazione complessiva delle caratteristiche psicologiche e di personalità del soggetto, in particolare la presenza di tratti psicopatologici^{5,6}.

Una volta completato l'assessment psicologico, considerata l'opportunità di un programma terapeutico – riabilitativo, è stato predisposto per ogni soggetto uno dei seguenti programmi: ciclo di psicoterapia breve (12 sedute settimanali eventualmente rinnovabile per una volta); psicoterapia individuale con frequenza settimanale (trattamento da uno a due anni); trattamento con visite psicologiche (prevalentemente interventi di sostegno psicologico) con frequenza variabile (colloqui quindicinali/mensili/periodici); trattamento pluri - professionale. In alcuni casi il programma proposto non è stato accettato o è stato abbandonato dopo una adesione iniziale (drop – out).

La ricerca ha ricavato i dati di seguito presentati dalle cartelle cliniche dei soggetti. Gli autori hanno costruito un database inserendo in forma anonima i dati generali di ogni paziente, la diagnosi formulata secondo i criteri dell'ICD 10⁷, i punteggi alle singole scale del test MMPI A, il trattamento predisposto ed il suo esito (frequenza/abbandono del programma).

Risultati

I 60 soggetti del campione avevano, al momento della valutazione psicologica, una età compresa tra i 14 e i 18 anni (età media = 15 anni e 6 mesi); i maschi erano 23 (38,3%); le femmine 37 (61,7%). La classe d'età maggiormente rappresentata è stata quella dei quindicenni (63,3%). Il numero di anni di scolarità media è di 10 anni; 20 soggetti sono stati bocciati una volta (33,3%), 7 avevano due o più bocciature (11,7%). Complessivamente il numero dei bocciati uno o più volte è risultato pari al 45% del campione, valore sicuramente superiore a quello della media aretina e toscana (scuole superiori aretine=10,2%⁸). I maschi avevano accumulato più bocciature delle femmine (M=52,2%; F=40,5%), anche se le femmine tendevano ad avere più frequentemente due o più bocciature (M=8,7%; F=13,5%). Tre soggetti del campione (5%) avevano abbandonato definitivamente la scuola.

Rispetto alla collocazione abitativa è da notare che ben 13 soggetti (21,7%) sono risultati ospiti di una delle comunità educative cittadine.

■ Diagnosi

Per quanto riguarda le diagnosi dei soggetti del campione, sulla base dei criteri dell'ICD10 abbiamo suddiviso l'intero gruppo in due sottogruppi: gli adolescenti che hanno ricevuto una diagnosi relativa ad una Sindrome o ad un Disturbo Psicico e/o Comportamentale (F00

– F99 con esclusione delle diagnosi di Disturbi Evolutivi Specifici delle Abilità Scolastiche [F81.x ICD10]), e coloro per i quali sono stati rilevati esclusivamente Fattori Influenzanti lo Stato di Salute e il Contatto con i servizi Sanitari (Z00 – Z99). Le diagnosi "F" (che non escludono una condizione "Z" nella storia o nel contesto di vita del soggetto) sono state in tutto 52 (86,6%) mentre in 8 casi sono stati rilevati esclusivamente Problemi correlati ad eventi di vita negativi dell'infanzia (Z61 ICD10) e/o Problemi di altro tipo correlati al gruppo primario di supporto, incluse le circostanze familiari (Z63 ICD10). L'alta differenziazione tra le diagnosi "F" ha impedito una elaborazione statisticamente leggibile. Gli autori hanno per questo preferito, anche sulla base della letteratura⁹, raggruppare le diagnosi "F" in due sottogruppi, disturbi internalizzanti¹ e disturbi esternalizzanti¹¹. Otteniamo così tre raggruppamenti rappresentati nella tabella 1.

Come si può notare i disturbi internalizzanti sono più frequenti di quelli esternalizzanti. Questo dato non rappresenta probabilmente la distribuzione dei disturbi nella popolazione generale, quanto piuttosto il fatto che i soggetti con disturbo internalizzante accedono più facilmente alla consultazione con lo psicologo dell'UFSMIA completando l'iter psicodiagnostico.

Un elemento che conferma quanto già noto in letteratura è la maggior frequenza di disturbi internalizzanti tra le femmine, tuttavia questo tipo di disturbo è significativamente presente anche tra i maschi del campione. Per i soggetti in condizione "Z" le differenze si annullano.

Profili al test MMPI A

I profili medi al test dei tre sottogruppi sono riportati nel grafico 1¹¹. Il valore di cut – off è di 65 punti T, pun-

I. Un disturbo internalizzante è un tipo di disturbo emotivo e comportamentale determinato da una interiorizzazione dei propri problemi. Rientrano tra questi i disturbi caratterizzati da umore depresso, ansia, sintomi fisiologici e cognitivi ad essi correlati.

II. Un disturbo esternalizzante è un disturbo mentale caratterizzato da comportamenti esternalizzanti e disadattivi diretti verso l'ambiente del soggetto che causano un danno o una interferenza nel normale funzionamento della vita. Rientrano tra questi i comportamenti antisociali, alterazioni della condotta, uso di sostanze psicoattive, disturbi del controllo degli impulsi.

III. Le scale cliniche del test MMPI A sono le seguenti:

Hs: la scala Hs (Hypocondrias, Ipocondria) indica la presenza di problemi fisici caratteristici degli ipocondriaci.

D: la scala D (Depression, Depressione) indica la presenza di sintomi di tipo depressivo.

Hy: la scala Hy (Hysteria, Isteria di conversione) indica la tendenza a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico.

Pd: la scala Pd (Psychopathic Deviate, Deviazione psicopatica) indica la carenza di controllo sulle risposte emotive e la capacità di interiorizzare le regole sociali.

Mf: la scala Mf (Masculinity-Femininity, Mascolinità-femminilità) indica l'insieme di tutti quegli aspetti (interessi, atteggiamenti, etc.) tendenzialmente maschilini o femminili.

Pa: la scala Pa (Paranoia, Paranoia) indica sintomi di tipo paranoide (ideazioni deliranti, manie di grandezza, etc.)

Pt: la scala Pt (Psychastenia, Psicastenia) indica i rituali fobici e i comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo fino ad un'ideazione delirante.

Sc: la scala Sc (Schizophrenia, Schizofrenia) indica esperienze di tipo insolite tipiche degli schizofrenici.

Ma: la scala Ma (Hypomania, Mania) indica stati ipomaniacali (idee di gran-

	Disturbi internalizzanti	Disturbi esternalizzanti	Nessun disturbo ma presenza di fattori che creano disagio (condizione "Z")	Totale
Maschi	12 (52,2%)	8 (34,8%)	3 (13%)	23 (100%)
Femmine	23 (62,2%)	9 (24,3%)	5 (13,5%)	37 (100%)
Totale	35 (58,3%)	17 (28,3%)	8 (13,3%)	60 (100%)

Tabella 1: raggruppamenti diagnostici

teggi superiori a questo valore sono considerati clinicamente significativi.

Dal confronto dei tre sottogruppi emergono alcune importanti indicazioni. Il Codice di Butcher e Williams, un indice che permette di sintetizzare il profilo del test riconducendolo ad una descrizione clinica, varia per i tre sottogruppi. Nel sottogruppo Disturbi internalizzanti il Codice di Butcher e Williams è 2 - 8 (D - Sc); nei Disturbi esternalizzanti il Codice è 4 (Pd).

I soggetto con un codice 2 - 8 possono essere descritti in questo modo:

Questi adolescenti vivono un disagio emotivo severo. Sono depressi, agitati, ansiosi e hanno sensi di colpa. Spesso sono impazienti, irritabili e aggressivi. Non sembrano preoccupati di ciò che accade loro. Trovano difficile cominciare delle attività e nutrono poche speranze di riuscire a farle con successo qualora le inizino. Hanno perso il desiderio di affrontare i loro problemi. Hanno problemi di concentrazione e di memoria. Hanno poca fiducia in se stessi ed il loro giudizio di sé è peggiore di quanto non fosse nel passato. Sono preoccupati dal fatto che ci sia qualcosa di sbagliato nella loro mente, che possano aver perso il controllo e che stiano per morire. Per la maggior parte del tempo pensano di aver fatto qualcosa di sbagliato o di malvagio. Pensano che gli estranei li giudichino negativamente. Generalmente si sentono inadeguati e privi di valore. Evitano di affrontare le crisi e le difficoltà, si arrendono facilmente quando le cose vanno male. Sono convinti che gli altri siano interessati solo a se stessi e non si prendano cura di loro. Questi soggetti sono molto introversi e rifuggono gli altri mantenendoli a distanza. E' possibile riscontrare a volte in questi soggetti ideazioni suicidarie.

I soggetto con un codice 4 possono essere descritti in questo modo:

Questi ragazzi mostrano numerosi problemi di comportamento, sia dentro che fuori l'ambito familiare, associato ad uno scarso adattamento scolastico, a una scadente condotta scolastica, ad abbandoni scolastici, a sospensioni e fallimenti. L'uso di alcool o di altre droghe è probabile nel caso di punteggi elevati. Si tratta di adolescenti che hanno difficoltà con la legge e con le autorità. I genitori di adolescenti ricoverati riferiscono molti problemi di comportamento, inclusi mentire, truffare, disubbidire, essere impulsivi, rubare, imprecare, associarsi a cattivi compagni, avere scarsi risultati scolastici, usare alcool e altre droghe,

dezza, alto livello di attività, etc.).

Si: la scala Si (Social Introversion, Introversione sociale) indica le difficoltà che il soggetto riscontra nei rapporti con gli altri.

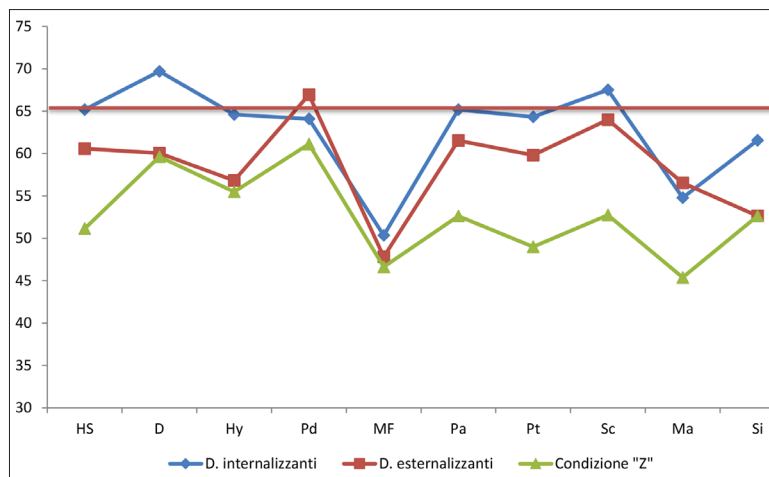


Grafico 1: profili medi dell' MMPI A

manicare di rimorso, essere reticenti, minacciare, essere crudeli, essere loquaci, provare gelosia, avere umore variabile, richiedere attenzione e avere scoppi di ira e senso di persecuzione. Ragazze in setting clinico potrebbero aver avuto un passato di abusi sessuali ed è molto probabile che siano sessualmente attive. Adolescenti con alto punteggio nella scala Pd potrebbero essere meno motivati e aperti in terapia.

Per i soggetti nella condizione "Z" il Codice di Butcher e Williams non può essere generato perché nessuna scala supera il cut-off dei 65 punti T. La loro condizione psicologica va fatta rientrare in un quadro di disagio più che di vero e proprio disordine mentale e/o del comportamento¹⁰. Questa condizione di disagio risulta nel nostro campione associata a fatti ed eventi del passato e/o ad una condizione del presente quali "Modalità alterate di relazioni nell'infanzia", "Problemi correlati a maltrattamenti subiti durante l'infanzia", "Problemi nella relazione con i genitori e i parenti acquisiti", "Scomparsa e morte di un membro della famiglia", "Distruzione della famiglia per separazione o divorzio".

■ Disturbi Specifici dell'Apprendimento

Dieci soggetti pari al 16,7% del campione presentavano una diagnosi di Disturbo Evolutivo Specifico delle Abilità Scolastiche (F81.x ICD10) in comorbilità con la diagnosi principale. La percentuale è circa il quadruplo di quella riscontrata nella popolazione generale (dati MIUR anno scolastico 2015-2016: in Italia la percentuale dei soggetti con DSA è pari al 3,6%, in Centro Italia è pari al 4,3%¹¹). La diagnosi di DSA è percentualmente più numerosa tra i soggetti nella condizione "Z" (25%) piuttosto che tra i soggetti con Disturbi internalizzanti (17,1%) o Disturbi esternalizzanti (11,8%) ma queste differenze non risultano statisticamente significative. Si può ipotizzare, in linea con i dati della letteratura¹²

che il Disturbo Specifico di Apprendimento costituisca un fattore generico di rischio per l'insorgenza di condizioni di disagio o disturbo emotivo e/o comportamentale senza essere correlato ad una condizione clinica specifica.

Trattamenti

Tutti i soggetti del campione sono stati avviati ad un programma terapeutico - riabilitativo. I protocolli adottati sono stati in sostanza quattro. Nel grafico 2 riportiamo la suddivisione dei trattamenti per diagnosi. Come si può osservare i disturbi da internalizzazione sono stati prevalentemente orientati verso trattamenti psicoterapici (cicli e psicoterapie a medio - lungo termine), mentre i disturbi da esternalizzazione sono stati indirizzati ad interventi di sostegno psicologico e molto spesso hanno richiesto interventi pluri - professionali (neuropsichiatra infantile, assistente sociale, educatore professionale ecc.). La metà dei soggetti in condizione "Z" che hanno avuto una presa in carico psicologica sono stati indirizzati a cicli di psicoterapia breve focalizzata sulla specifica condizione di disagio.

Drop - out

Rispetto all'esito dei programmi terapeutici, la indagine si è focalizzata su quanti e quali adolescenti proseguivano/interrompevano il programma terapeutico - riabilitativo proposto. I soggetti che hanno interrotto il programma (drop - out) sono stati in tutto 13 pari al 21,66% del campione. Incrociando il dato drop-out con la valutazione diagnostica si ricava che hanno abbandonato il programma 7 soggetti con *disturbi internalizzanti* (20%), 4 con *disturbi esternalizzanti* (23,5%) e 2 *in condizione "Z"* (25%). Va notato che le differenze tra i tre sottogruppi non sono statisticamente significative. Anche incrociando drop - out con tipo di trattamento si è notato che non esiste una significatività statistica tra queste due variabili. Colpisce il fatto che su 13 casi di drop - out ben 8 (61,5%) avevano iniziato un ciclo di psicoterapia breve, 1 (7,7%) era in psicoterapia indivi-

duale, 1 (7,7%) stava effettuando colloqui psicologici di sostegno e 3 (23,1%) seguivano un trattamento pluri - professionale. E' possibile che relazioni terapeutiche a più lungo termine, indipendentemente dalle modalità operative adottate, riducano il rischio di abbandono del trattamento Grafico 3.

■ Discussione

Nel discutere i risultati occorre tener presente che il campione analizzato era costituito da soggetti che avevano completato l'iter psicodiagnostico, accettando di avere diversi incontri con lo psicologo e di completare il test MMPI A, un test che richiede una applicazione di circa novanta minuti. Questi adolescenti hanno mostrato una buona motivazione all'indagine, fatto questo che li rende solo in parte rappresentativi dell'utenza di adolescenti che accede all'UFSMIA.

I soggetti arrivati alla osservazione degli psicologi hanno avuto un percorso scolastico complesso. Sono stati respinti più frequentemente dei comuni studenti (45% ~ 10,2%) e manifestano una frequenza più elevata di DSA rispetto alla popolazione scolastica generale (16,7% ~ 4,3%). Anche le condizioni psico - sociali sono di solito più difficili: il 21,7% del campione non vive in famiglia ma in comunità. Possiamo considerare questi elementi come fattori di rischio che facilitano l'emergere di una condizione di disagio o di franco disturbo mentale e/o del comportamento.

Per quanto riguarda la diagnosi predominano i disturbi internalizzanti, anche tra i maschi del campione (52,2%). E' probabile che questo tipo di disturbo motivi maggiormente l'adolescente ad una valutazione e ad un trattamento, essendo riconosciuto, a differenza del disturbo del comportamento, come una condizione di difficoltà psicologica.

La ricerca ha evidenziato profili di personalità diversi per i tre raggruppamenti diagnostici in cui è stato diviso il campione. Questo dato sembra indicare, in una prospettiva dimensionale¹³, che le caratteristiche di

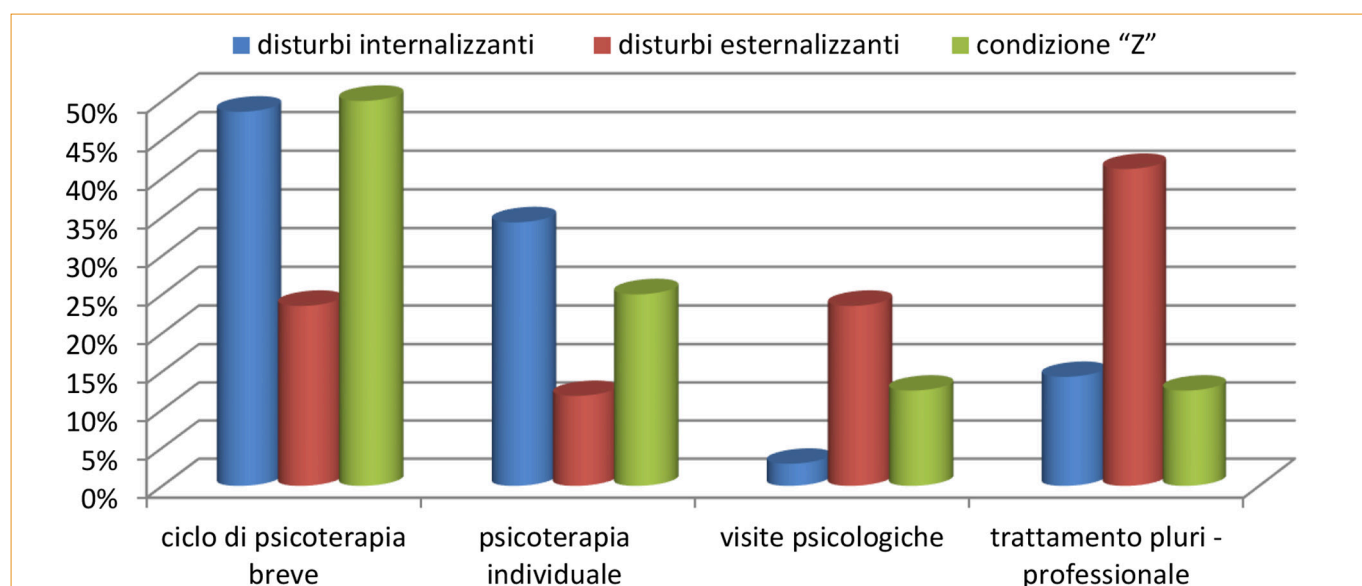


Grafico 2: programmi terapeutico - riabilitativi suddivisi per raggruppamenti diagnostici

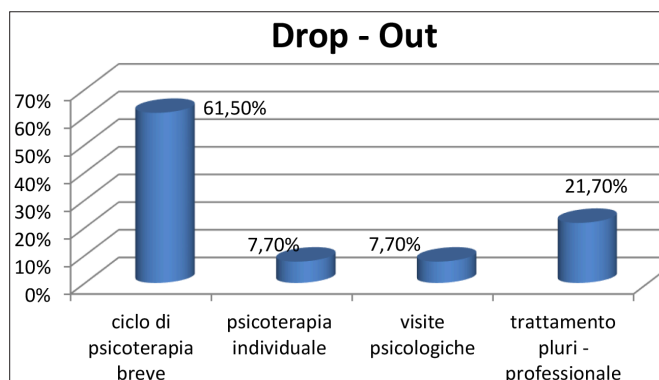


Grafico 3: Drop - Out

personalità veicolino l'espressione del disturbo psichico e/o del comportamento¹⁴.

Per quanto riguarda i trattamenti psicologici emerge che i disturbi da internalizzazione sono quelli che vengono indirizzati con più probabilità verso la psicoterapia, evidentemente ritenuta dagli specialisti più efficace per questo tipo di quadro clinico. Viceversa i disturbi da esternalizzazione richiedono colloqui psicologici di sostegno e trattamenti pluri - professionali, compresi gli eventuali trattamenti psicofarmacologici. Questi dati sono in linea con la letteratura che sottolinea l'importanza di predisporre interventi precoci e su ampia scala, rivolti non solo al singolo individuo, proprio per la resistenza al trattamento che è possibile trovare nei disturbi da esternalizzazione in adolescenza¹⁵. Gli adolescenti in condizione "Z" nel 50% dei casi sono stati orientati verso un ciclo di psicoterapia breve focalizzato sul disagio specifico.

Un soggetto su cinque del campione ha interrotto il trattamento proposto (drop - out = 21,66%). Analizzando i dati si evince che le interruzioni sono più frequenti per i cicli di psicoterapia breve. Se ne deduce che un fattore che facilita l'adesione al trattamento sono i programmi a medio - lungo termine, probabilmente perché la relazione paziente - terapeuta costituisce un elemento fondamentale per la ritenzione in terapia. Il dato è coerente con quanto affermato in letteratura: la relazione che si instaura nel lavoro psicoterapeutico è alla base di una più o meno buona alleanza terapeutica, a sua volta fattore predittivo dell'esito del trattamento psicoterapeutico¹⁶.

Più in generale la ricerca sembra fornire spunti di riflessione sulla efficacia dei trattamenti psicologici e delle psicoterapie in un Servizio Pubblico per adolescenti nel contesto culturale attuale, un tema costantemente dibattuto in letteratura^{17,18}.

■ Conclusioni

Indagini descrittivo - osservazionali come quella presentata permettono di evidenziare caratteristiche dell'utenza e aspetti dell'attività di solito poco analizzate nel corso del lavoro quotidiano di un Servizio Pubblico e forniscono un utile supporto per la pratica clinica in un settore così complesso come quello della salute mentale in età evolutiva. La riflessione ba-

sata su osservazioni retrospettive consente di affinare l'approccio clinico, fornendo evidenze utili per le scelte terapeutiche, nell'ottica di prevenire insuccessi e abbandoni dei programmi terapeutico - riabilitativi. Ulteriori ricerche, centrate sulla valutazione diagnostica dei trattamenti eseguiti completerebbero la presente indagine, consentendo una più raffinata valutazione dell'efficacia dei trattamenti.

Bibliografia

- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 885-894.
- ARS Toscana (2017). Lo stato di salute dei toscani e del Servizio Sanitario Regionale - Relazione Sanitaria Regionale 2016. https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Relazioni_sanitarie/2016/RSR_volume1xweb.pdf consultato il 28.09.2018.
- Giorgio Alleva (2017). La salute mentale in Italia: cosa ci dicono i dati dell'Istat. https://www.istat.it/it/files/2015/10/Salute-mentale_Giorgio-Alleva_2017.pdf. Consultato il 28.09.2018
- Servizi di salute mentale - ambito territoriale aretino. Sito della Azienda USL Toscana sud est. <http://www.uslsudest.toscana.it/index.php/guida-ai-servizi/salute-mentale/ambito-aretino> consultato il 16.08.2018
- Butcher, J. N., Williams, C. L., (1996). *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI 2 e del MMPI A*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- James N. Butcher, Carolyn L. Williams, John R. Graham, Robert P. Archer, Auke Tellegen, Yossef S. Ben-Porath e Beverly Kaemmer (2001): *MMPI A Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Adolescent - Manuale* (adattamento italiano di Sirigatti S. e Pancheri P.). Firenze: Organizzazioni Speciali.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland: Author.
- Alunni con esito negativo Regione Toscana - Fonte: Anagrafe Regione degli Studenti - a.s. 2016-2017. Sito della Regione Toscana. http://servizi.toscana.it/scuola/dispersione_16_17.html consultato il 18.08.2018.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub (Tr. It.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Curatore Biondi M. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Maggiolini A. (2012). *Compiti evolutivi, disagio e disturbi degli adolescenti*. Cittadini in Crescita. Nuova serie, 1 - 2012, pp 11 - 19.
- Associazione Italiana Dislessia. Quanti sono gli studenti con DSA in Italia? Dati a confronto. Un'analisi comparata alla luce delle statistiche MIUR relative agli studenti con diagnosi DSA anno 2015/2016. <https://www.aiditalia.org/it/news-ed-eventi/news/quant-sono-studenti-con-dsa-italia-dati-a-confronto> consultato il 23.08.2018.
- Carroll J.M., Maughan B., Goodman R., Meltzer H. (2005). Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46.5: 524-532.
- Manna, V. (2012). *Approcci dimensionali alla psicopatologia di personalità: dal disturbo di personalità alla personopatia?* *Journal of Psychopathology*, 18: 210-225.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 114.4: 505 - 521.
- Kazdin, A.E. (1993). Treatment of conduct disorder: progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277-310.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Fava, E., Masserini C. (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico. Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Crocetti, G., Pallaoro, G., & Agosta, R. (2018). *La psicoterapia psicoanalitica per l'infanzia e l'adolescenza nei contesti socio-culturali attuali*. Roma: Armando Editore.