

La psicoterapia del disturbo borderline di personalità: attuali orientamenti e linee di ricerca

Psychotherapy of borderline personality disorder: current trends and research issues

S. Bellino, P. Bozzatello,
A. Blandamura, F. Bogetto

Servizio per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1 a Direzione Universitaria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Summary

Borderline personality disorder (BPD) is an Axis II mental disorder characterized by a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, affects, and identity, as well as severe impulsive behaviors.

According to literature data and treatment guidelines of the American Psychiatric Association, borderline personality disorder can be usefully treated with both pharmacotherapeutic and psychotherapeutic interventions. Clinical experience suggests that patients with BPD need extended psychotherapy (at least 1 year) to attain and maintain lasting improvement in psychiatric symptoms, interpersonal problems, and overall functioning.

Main models of psychotherapy that have been tested for BPD treatment in trials of single or combined therapy are: psychodynamic psychotherapy, dialectical behavior therapy (DBT), schema focused therapy (SFT) and system training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) interpersonal psychotherapy (IPT).

The present review aims to report and comment results of clinical trials assessing the efficacy of the above listed models of psychotherapy in the treatment of borderline personality disorder.

Psychodynamic psychotherapy is a therapy that is focused on the transference relationship. The therapist provides interpretations of transference choosing the most suitable times in the therapeutic process. Authors proposed different approaches to psychodynamic therapy of borderline patients, preferring the use of supportive or explorative techniques. Psychodynamic psychotherapy is recommended for treatment of patients with BPD on the basis of the positive results of several randomized controlled trials. However, the use of this model of psychotherapy in clinical practice is limited, probably due to the high amount

of resources required to both therapists and the patients.

Dialectical behavior therapy is a model proposed by Linehan and derived from cognitive-behavioral therapy. It was specifically designed to treat women who meet diagnostic criteria for BPD and engage in self-injurious behaviors. DBT can be currently considered the psychotherapy with the largest amount of controlled studies in BPD samples. It has been found to be efficacious in the treatment of high-risk behaviors and suicide attempts, but it is not so useful in reducing depressive symptoms and increasing patients' degree of overall satisfaction. DBT has been also studied to treat BPD patients with substance abuse or eating disorders comorbidity. Interpersonal therapy was initially proposed to treat major depression, but has been more recently considered a good option to treat other psychiatric disorders, such as bipolar disorder, bulimia nervosa, and anxiety disorders. Markowitz (2006) proposed an adaptation of IPT to the peculiar clinical and relational features of patients with borderline personality disorder (IPT-BPD). Interpersonal therapy appears a suitable approach to these patients, who show prominent relational problems and high comorbidity rates with major depression.

Growing clinical evidence supports combination of psychotherapy and pharmacotherapy in treatment of BPD, but only few controlled trials comparing efficacy of combined and single therapy have been completed. Borderline personality disorder is characterized by various psychopathological dimensions, that could be more responsive to specific models of psychotherapy, to different drug interventions or to combined or sequential therapy. Further investigations are required to collect data on this core issue of BPD treatment, identifying response predictors and designing more individualized treatment projects.

Key words

Personality disorders • Borderline personality disorder • Psychodynamic psychotherapy • Dialectical behavior therapy • Interpersonal therapy

Corrispondenza:

Silvio Bellino, Servizio per i Disturbi di Personalità, SCU di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126 Torino, Italia • Tel. 011 6634848 • Fax 011 673473 • E-mail: silvio.bellino@unito.it

Il disturbo borderline è stato oggetto di descrizioni psicopatologiche e cliniche e di collocazioni nosografiche assai differenti, prima di essere inserito nella classificazione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, III edizione¹, come disturbo di personalità. Il DSM-IV^{2,3} ha proposto nove criteri per formulare la diagnosi di disturbo borderline di personalità (DBP) che, pur non consentendo di approfondire in modo esaustivo la complessa psicopatologia di questi pazienti, danno la possibilità di delinearne le caratteristiche cliniche principali. Secondo il Manuale, i pazienti con DBP presentano una pervasiva instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di Sè e dell'umore e una pronunciata impulsività, che compaiono nella prima età adulta e si manifestano in una varietà di contesti.

Le dimensioni psicopatologiche nucleari di questo disturbo di personalità, quali sono emerse dall'analisi fattoriale di Clarkin e Sanislow⁴, sono rappresentate da tre fattori: il disturbo relazionale, la disregolazione affettiva e la disregolazione comportamentale. Il disturbo relazionale è connotato dalla tendenza a interrompere bruscamente le relazioni interpersonali con repentini passaggi dalla idealizzazione alla svalutazione. Comprende inoltre il disturbo dell'identità e la presenza di sentimenti cronici di vuoto. La disregolazione affettiva si esprime con frequenti e rapide oscillazioni timiche, con rabbia inappropriata e reazioni esasperate volte a evitare un abbandono reale o immaginario. La disregolazione comportamentale si estrinseca in un'importante impulsività, intesa come incapacità di controllare e regolare l'intensità delle reazioni emozionali, e comportamenti aggressivi, come meccanismi maladattivi in risposta a stati affettivi intollerabili.

Il DBP è un disturbo di personalità di frequente riscontro in ambiente clinico, che comporta un profondo disagio e una rilevante compromissione del funzionamento sociale e occupazionale^{5,6} e che implica alti tassi di comportamenti autolesionistici e suicidari (il tasso di suicidio fra i pazienti raggiunge il 10%; questa percentuale è 50 volte superiore a quella della popolazione generale)³. Il DBP colpisce circa il 2% della popolazione generale⁷, il 10% dei pazienti psichiatrici ambulatoriali e fino al 20% di quelli ricoverati⁸⁻¹⁰. Il DBP è inoltre la diagnosi di Asse II più frequente tra i pazienti che sono affetti da disturbi della personalità (la frequenza in questo gruppo oscilla tra il 30

e il 60%); nel 75-80% dei casi, i soggetti interessati sono donne, solitamente giovani-adulte, senza differenze apprezzabili rispetto all'etnia¹¹⁻¹³. Il DBP risulta più frequente in pazienti appartenenti a uno stato socio-economico basso e con un basso livello culturale^{8,14}.

Il disturbo è cinque volte più frequente tra i parenti di primo grado dei pazienti borderline rispetto alla popolazione generale². Inoltre, nelle famiglie di questi soggetti si riscontra una maggior prevalenza di disturbi depressivo maggiore e disturbo da abuso di sostanze.

I dati empirici sull'efficacia e la sicurezza dei trattamenti che sono al momento disponibili e che consentono di formulare delle indicazioni per la scelta delle strategie di intervento in questi pazienti sono il prodotto di studi clinici relativamente recenti.

Le linee guida formulate dall'*American Psychiatric Association* (APA)³ e la revisione presentata nella *Guideline Watch*¹⁵ sottolineano nell'approccio terapeutico al DBP l'importanza di una terapia combinata, costituita dall'associazione di interventi farmacoterapici mirati alle principali dimensioni psicopatologiche del disturbo e di un approccio psicoterapico, che prende in considerazione modelli di diversa impostazione teorica e tecnica in relazione all'eterogeneità clinica dei pazienti.

La psicoterapia del paziente borderline si pone l'obiettivo di rimodellarne l'assetto personologico e migliorarne il funzionamento globale, intervenendo su quei fattori conflittuali psichici e interpersonali, che trovano espressione prevalentemente in sintomi quali il disturbo dell'identità, i sentimenti cronici di vuoto, le paure abbandoniche e l'instabilità relazionale.

Le linee guida dell'APA, in particolare, riportano sulla base di studi randomizzati controllati l'efficacia di due approcci psicoterapici: la terapia psicoanalitico-psicodinamica e la terapia dialettico-comportamentale. Entrambi gli orientamenti sono stati applicati a pazienti con disturbo borderline adottando un'impostazione che comprende tre caratteristiche essenziali: le sedute settimanali con un terapeuta individuale, una o più sessioni settimanali di gruppo e le sedute di supervisione dei terapeuti.

Nonostante siano molti i pazienti con disturbo borderline che riferiscono esperienze traumatiche precoci e abusi in età infantile (dal 40 al

70% dei casi secondo la letteratura)¹⁶⁻²³, alcuni terapeuti ritengono che la psicoterapia possa “de-raggiare” e mancare i propri obiettivi se si focalizza troppo sul trauma passato invece di porre l’attenzione al funzionamento attuale e ai problemi nelle relazioni con gli altri. Questi autori ritengono che interventi quali la confrontazione e la chiarificazione dovrebbero focalizzarsi più sulle situazioni del “qui e ora” piuttosto che sul passato remoto²⁴. Poiché l’interpretazione del “qui ora” propone dei collegamenti con gli eventi del passato, questa è una forma d’interpretazione particolarmente utile per aiutare i pazienti ad acquisire consapevolezza della propria tendenza alla reiterazione protratta di modelli di comportamento maladattativo. Inoltre, i terapeuti devono avere una chiara aspettativa delle potenzialità di cambiamento mentre aiutano i pazienti a comprendere l’origine della loro sofferenza.

Poiché i pazienti con disturbo borderline possiedono numerosi fattori personologici sia di forza che di debolezza, la flessibilità dell’intervento è un aspetto cruciale da prendere in considerazione per una psicoterapia efficace.

Talvolta i terapeuti possono essere in grado di offrire delle interpretazioni dei meccanismi inconsci che aiutano il paziente a sviluppare le proprie capacità di *insight*; in altre occasioni il supporto e l’empatia possono essere strumenti terapeutici più vantaggiosi. È importante sottolineare che la scelta di strategie supportive non deve essere fraintesa come se si offrisse semplicemente al paziente una relazione amichevole o un conforto. La validazione o la conferma delle esperienze del paziente, il rafforzamento delle difese adattative e specifici consigli sono esempi di approcci supportivi proficui, che possono lavorare sinergicamente con interventi più interpretativi ed esplorativi del profondo.

Il fondamento di una buona psicoterapia risiede anche in un’appropriata gestione degli intensi stati emozionali del paziente e del terapeuta. Consultarsi con altri terapeuti, servirsi dell’aiuto di un supervisore e impegnarsi in una psicoterapia personale sono tutti metodi utili ad aumentare le capacità del terapeuta di gestire in modo adeguato i sentimenti propri e del paziente. L’esperienza clinica suggerisce che la terapia efficace per i pazienti con DBP comprende anche la capacità di favorire la funzione riflessiva piuttosto che la tendenza all’azione impulsiva. I terapeuti

dovrebbero incoraggiare il paziente ad impegnarsi in un processo di auto-osservazione per stimolare una maggiore comprensione di come i comportamenti derivino da motivazioni interiori e da stati affettivi³. Allo stesso modo, la psicoterapia implica la capacità di aiutare i pazienti a riflettere sulle conseguenze delle loro azioni, così che le loro capacità di critica e di giudizio possano migliorare.

Per quanto riguarda la durata del trattamento, alcuni studi suggeriscono che possono avvenire miglioramenti sostanziali soltanto dopo un anno di intervento psicoterapeutico e che molti pazienti richiedono anche periodi più lunghi di trattamento³. In questa prospettiva, è importante che il terapeuta instauri una solida alleanza terapeutica con il paziente, attraverso un’attenta individuazione degli obiettivi specifici per il trattamento, decidendo insieme al paziente quali siano le mete ragionevoli e raggiungibili. Il consolidamento dell’alleanza terapeutica è inoltre facilitato dalla delimitazione di precisi confini sia interni che esterni al trattamento.

Tra gli interventi psicoterapici per i pazienti con disturbo borderline, sono state anche considerate le terapie di coppia, familiare e di gruppo. Gli obiettivi della terapia di gruppo sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli della psicoterapia individuale e includono la stabilizzazione del paziente, il controllo dell’impulsività e di altri sintomi comportamentali e la corretta gestione delle reazioni di transfert e controtransfert. La terapia di gruppo offre un’opportunità particolarmente favorevole di supporto sociale, apprendimento interpersonale e comprensione dell’intensità del transfert, attraverso le interazioni con gli altri membri del gruppo e fra questi e il terapeuta. Inoltre, la presenza di altri pazienti offre la possibilità di stabilire un “*setting del limite*” da parte dei pazienti stessi e di interazioni altruistiche in cui i pazienti possono consolidare i propri progressi aiutando l’altro. La terapia di gruppo può essere particolarmente indicata per i pazienti con DBP che si sono isolati a causa di un trauma, inclusi quelli che presentano una comorbilità con il disturbo post-traumatico da stress. I gruppi generalmente si riuniscono una volta a settimana, nonostante le sedute possano anche essere quotidiane in regime di ricovero, e la durata delle terapie è predeterminata. I potenziali rischi del trattamento con interventi di gruppo includono la

condivisione delle resistenze al lavoro terapeutico, interazioni ostili o distruttive tra i pazienti, l'intensificazione dei problemi di transfert e il cosiddetto "contagio" sintomatologico. L'esperienza clinica indica che per molti pazienti la terapia combinata di gruppo e individuale risulta più efficace del trattamento singolo con l'una o con l'altra tecnica.

Negli ultimi decenni è stata posta un'enfasi crescente sull'importanza di una chiara formulazione delle tecniche psicoterapiche e sullo sviluppo di una sistematizzazione manualistica dei modelli di intervento²⁵⁻²⁷, soprattutto con l'obiettivo di esaminarne l'efficacia in studi clinici controllati. Tra i numerosi modelli di psicoterapia individuale valutati per il trattamento del DBP e applicati nella pratica clinica, quelli che sono risultati più promettenti sono rappresentati dalla terapia psicodinamica, dalla terapia dialettico-comportamentale, da altre terapie ad orientamento cognitivo e più recentemente dalla terapia interpersonale.

La psicoterapia psicodinamica

La psicoterapia psicoanalitica/psicodinamica può essere considerata in generale come un modello di trattamento che interviene in modo elettivo sulla relazione di transfert fra terapeuta e paziente e opera attraverso lo strumento dell'interpretazione del transfert e delle resistenze, che deve essere utilizzato al momento opportuno nel corso dello sviluppo del processo terapeutico.

Per quanto riguarda l'applicazione delle terapie psicodinamiche alla patologia borderline, gli attuali orientamenti si basano prevalentemente sui modelli di derivazione psicoanalitica della psicologia del Sé di Heinz Kohut²⁸ e della psicologia delle relazioni oggettuali di Otto Kernberg²⁹. Nel primo caso il disturbo borderline è concettualizzato come il risultato di un arresto nel corso dello sviluppo del Sé, che non raggiunge una sufficiente coesione per la carenza di risposte empatiche da parte dell'ambiente genitoriale. L'approccio terapeutico di Kohut privilegia un intervento di tipo supportivo, che sostenga il paziente nell'affrontare le situazioni ambientali nonostante i deficit dello sviluppo. Secondo il modello sviluppato da Kernberg, la patologia borderline trae origine da conflitti molto arcaici in relazione a un eccesso costituzionale di pulsioni aggressive e può essere

affrontata con un approccio di tipo espressivo e con una maggiore attenzione all'interpretazione del transfert. Tuttavia, la maggior parte degli approcci terapeutici ai pazienti con DBP non aderisce strettamente a uno solo dei modelli citati e la psicoterapia psicodinamica è generalmente concettualizzata in questi pazienti come un trattamento che si colloca lungo un *continuum* fra interventi di impronta più esplorativa e interventi di tipo più supportivo, adattandosi il più possibile alle caratteristiche individuali del paziente.

All'estremo più esplorativo del continuum, gli obiettivi della psicoterapia psicodinamica con i pazienti con DBP sono quelli di rendere maggiormente accessibili alla coscienza contenuti psichici inconsci, incrementare la capacità di tollerare le sollecitazioni emozionali e di controllare e contenere gli agiti impulsivi, promuovere la consapevolezza sulle difficoltà relazionali e sviluppare la funzione riflessiva, così che il paziente riesca a cogliere meglio le proprie motivazioni e quelle degli altri. Dal punto di vista della teoria delle relazioni oggettuali, il principale obiettivo è integrare gli aspetti scissi del Sé e delle rappresentazioni oggettuali, così che il paziente sia in grado di concepire in modo più stabile e coerente sé e gli altri come portatori di caratteristiche sia positive che negative. Nella prospettiva della psicologia del Sé, il principale obiettivo è quello di rafforzare la struttura del Sé, così che si possa ottenere un grado più elevato di coesione e di integrazione nell'esperienza di sé del paziente e sia meno incombente la minaccia della frammentazione. All'estremità supportiva del *continuum*, l'obiettivo della terapia prevede il rafforzamento delle difese, il puntellamento dell'autostima, la validazione dei sentimenti, l'internalizzazione del rapporto terapeutico e la promozione di una maggior capacità di gestire le emozioni disturbanti. Come è stato osservato, la versione della terapia psicodinamica più ampiamente praticata nei pazienti con disturbo borderline corrisponde attualmente alla cosiddetta terapia espressivo-supportiva³⁰⁻³², che adotta elementi terapeutici di eclettica derivazione consentendo di modulare le caratteristiche del singolo trattamento fra quelle degli interventi esplorativi e quelle delle tecniche supportive.

A partire dagli anni '90, i risultati della psicoterapia di orientamento psicodinamico in pazienti con DBP sono stati oggetto di studi sistematici.

Nel 1992 Stevenson e Meares³³ hanno condotto uno studio in aperto su 30 pazienti con diagnosi di DBP secondo i criteri del DSM-III. I pazienti sono stati trattati per 12 mesi, 2 volte la settimana, con una terapia basata sugli orientamenti della psicologia del Sé, da terapeuti in formazione sottoposti a una rigorosa attività di supervisione. Al termine del trattamento è stata messa in evidenza una riduzione del numero di ricoveri, delle consultazioni mediche, dell'abuso di sostanze e degli agiti autolesivi. Inoltre, il 30% dei pazienti non soddisfaceva più i criteri per la diagnosi di DBP. Questi risultati incoraggianti sono stati confermati da un follow-up a cinque anni³⁴. Nel 1999 gli stessi autori hanno riferito i risultati di uno studio di confronto della durata di un anno tra un gruppo di 30 pazienti in trattamento con psicoterapia psicodinamica e un gruppo di 30 pazienti in lista d'attesa. Dal confronto fra i risultati ottenuti nei due gruppi, risultava che il 30% dei soggetti trattati non soddisfaceva più i criteri per il DBP, mentre tra i pazienti in lista d'attesa non si evidenziava alcun cambiamento rispetto alla diagnosi³⁵.

Il primo studio randomizzato controllato (RCT) è stato condotto da Bateman e Fonagy nel 1999³⁶ per valutare l'efficacia di una terapia di orientamento psicoanalitico basata sullo sviluppo della funzione riflessiva e della capacità di mentalizzazione e praticata all'interno di un programma di day hospital della durata di 18 mesi. 38 pazienti borderline sono stati randomizzati a ricevere o un trattamento psichiatrico standard o la terapia ad orientamento psicoanalitico, comprensiva di sedute individuali e di gruppo in regime di parziale ospedalizzazione. Il programma di ospedalizzazione parziale ad orientamento psicoanalitico è risultato efficace nel ridurre l'ideazione suicidiaria e gli agiti autolesivi, il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri e l'assunzione di farmaci psicotropi; inoltre, si è evidenziato un miglioramento della sintomatologia depressiva e ansiosa e del funzionamento interpersonale e sociale già a partire dal sesto mese di trattamento. In un successivo studio di follow-up durato 18 mesi, con valutazione ogni tre mesi dalla conclusione del trattamento, i pazienti sottoposti precedentemente a un programma di ospedalizzazione parziale ad orientamento psicoanalitico non solo mantenevano i risultati raggiunti, ma conseguivano un ulteriore miglioramenti del loro funzionamento sociale e interpersonale³⁷.

Negli ultimi anni è stata posta un'enfasi crescente sull'importanza di una chiara descrizione delle tecniche psicoterapiche, che ha portato allo sviluppo di manuali di trattamento per i disturbi gravi della personalità^{26 27}.

Tra le psicoterapie derivate dal modello della psicologia delle relazioni oggettuali, la *transference-focused psychotherapy* (TFP) dispone di un manuale di riferimento che ha consentito di testarla in studi clinici controllati^{26 38-43}.

Nel 2001 Clarkin et al.³⁹ hanno condotto uno studio in aperto su 33 donne con DBP per valutare l'efficacia della TFP con incontri 2 volte alla settimana. Al termine dei 12 mesi di terapia, le pazienti in trattamento presentavano un numero minore di tentativi di suicidio e un tasso ridotto di ospedalizzazione, in termini di frequenza e durata dei ricoveri nei reparti psichiatrici.

In un recente lavoro^{44 45} la TFP è stata messa a confronto con la terapia dialettico-comportamentale (DBT) e la psicoterapia dinamica supportiva (TS)⁴⁶: 90 pazienti con DBP sono stati randomizzati a ricevere uno dei tre trattamenti psicoterapici per un anno, associati a terapia farmacologica quando indicato. I risultati hanno evidenziato che in tutti i gruppi di trattamento si verificava un miglioramento significativo della sintomatologia ansiosa e depressiva e del funzionamento globale e sociale. La TFP e la DBT si associavano a un miglioramento delle condotte suicidiarie, mentre la TFP e la TS producevano un miglioramento della rabbia e dell'impulsività. Solo la TFP era associata a un miglioramento dell'irritabilità e dell'aggressività verbale. La TFP risultava quindi in grado di modificare un maggior numero di domini rispetto alle altre terapie ed era l'unica a promuovere la funzione riflessiva e la coerenza narrativa^{47 48}.

Nel 2009 è stato realizzato da Gregory et al.⁴⁹ un RCT della durata di 30 mesi sull'applicazione della psicoterapia dinamica decostruttiva (DDP) in pazienti con DBP e disturbo da abuso di sostanze e alcol in comorbidità. La DDP è una forma di psicoterapia limitata nel tempo, standardizzata, indicata per i pazienti borderline che presentano intense resistenze allo sviluppo di una buona alleanza terapeutica. Questo modello è basato su elementi della teoria delle relazioni oggettuali e contributi derivati dalla filosofia decostruttiva e presuppone che la patologia borderline rifletta la compromissione di specifiche funzioni neurocognitive, incluse l'associazione, l'attribuzione e

l'alterità, che sono essenziali per la costituzione di un Sé coerente e differenziato. Il trattamento mira ad attivare e correggere queste funzioni neurocognitive, favorendo l'elaborazione delle esperienze interpersonali affettivamente significative e l'integrazione delle attribuzioni e fornendo nuove esperienze nella relazione terapeuta-paziente che promuovano la differenziazione fra il Sé e gli altri. Il terapeuta cerca di promuovere la verbalizzazione e l'integrazione delle esperienze del paziente e le sue capacità narrative, con un atteggiamento generalmente non direttivo, né giudicante. I comportamenti patologici, incluso l'abuso alcolico, vengono interpretati come un meccanismo maladattivo e vengono esplorati nei contesti interpersonali⁵⁰⁻⁵². Sono stati inclusi nello studio 30 pazienti con diagnosi di DBP secondo i criteri del DSM-IV e disturbo da abuso o dipendenza da sostanze, che sono stati assegnati alla DDP o al trattamento psichiatrico standard. La DDP è risultata più efficace nel controllo dei comportamenti suicidari, dell'abuso alcolico e nella riduzione del numero di ricoveri ospedalieri. I pazienti in trattamento con DDP presentavano inoltre una maggior compliance alla terapia rispetto ai controlli.

La psicoterapia psicodinamica è uno dei trattamenti psicoterapici più indicati nel trattamento di pazienti con DBP, secondo le raccomandazioni delle Linee Guida dell'APA. Anche gli studi più recenti disponibili in letteratura indicano che i pazienti trattati con questo tipo di psicoterapia possano andare incontro a miglioramenti significativi. Tuttavia, l'impiego della terapia psicodinamica appare relativamente limitato nella pratica clinica, probabilmente in rapporto alle sue complessità e al notevole impiego di risorse che viene richiesto da parte di terapeuti e pazienti.

La psicoterapia dialettico comportamentale

La DBT è una forma di psicoterapia di derivazione cognitivo comportamentale sviluppata da Marsha Linehan circa 15 anni fa, come trattamento specificamente rivolto a soggetti borderline con comportamento autolesivo e/o suicidario.

Linehan nel 1993⁵³ ha avanzato l'ipotesi che il nucleo della psicopatologia dei pazienti borderline corrisponda a un disturbo della regolazione emozionale che coinvolge il comportamento,

l'affettività, la cognitività e le relazioni interpersonali, conseguenza dell'interazione tra un'inata vulnerabilità emozionale ed un ambiente esperienziale invalidante⁵⁴⁻⁵⁵. Nella teoria biosociale della Linehan, l'enfasi sulla disregolazione emozionale come nucleo della psicopatologia del DBP appare coerente con la focalizzazione della DBT sui sintomi comportamentali disadattativi. Questa particolare attenzione spiega l'impiego della DBT in pazienti con attive condotte autolesive, i cui comportamenti disadattivi sono reazioni o espressioni di emozioni negative.

La DBT si articola in un programma ambulatoriale intensivo che comprende una seduta di psicoterapia a frequenza settimanale con un terapeuta con una formazione specifica, un gruppo di promozione di abilità sociali gestito da un conduttore competente, consulti telefonici con il terapeuta di riferimento per prevenire le emergenze. Solo come ultima risorsa il terapeuta può utilizzare il contatto telefonico per valutare e gestire un'emergenza.

La parte relativa alla terapia di gruppo consiste in una *training* di competenze sociali di due ore e mezzo settimanali, articolato in quattro moduli: consapevolezza, regolazione emotiva, tolleranza allo stress ed efficienza nelle relazioni interpersonali. Un manuale di riferimento guida gli interventi del terapeuta per ciascuno di questi moduli e prevede la stesura di un testo scritto (con compiti a casa) per i pazienti. La componente di terapia individuale si rivolge ad una gerarchia di problemi target, dando priorità ai comportamenti autodistruttivi, ai comportamenti ostacolanti la terapia e ai problemi della vita quotidiana⁵³. Inoltre, ogni settimana si tiene una riunione consultiva dei membri del team terapeutico per garantire l'aderenza alle procedure e ridurre i problemi legati al *controtrasfert*.

L'efficacia della DBT ha ricevuto un considerevole supporto empirico dai risultati di numerosi studi clinici in aperto⁵⁶⁻⁵⁷ e di alcuni trial randomizzati controllati⁵³⁻⁶⁶ attualmente disponibili in letteratura.

Il primo RCT condotto dalla Linehan⁵⁵ ha confrontato la DBT con il trattamento di routine (treatment as usual: TAU) in 44 pazienti borderline di sesso femminile con comportamenti parasuicidari. Le pazienti trattate per un anno con la DBT mostravano minor frequenza e gravità delle condotte autolesive, ridotto numero di ospe-

dalizzazioni, miglior controllo della rabbia e un funzionamento sociale più adeguato. Per quanto concerne la sintomatologia depressiva e l'ideazione suicidiaria i dati evidenziavano un miglioramento rispetto al baseline, senza differenze significative tra i due tipi di trattamento.

Nel 1993 Linehan et al. hanno condotto un RCT su 39 pazienti con diagnosi di DBP e anamnesi positiva per comportamenti parasuicidari, per valutare se i risultati ottenuti con la DBT rispetto a quelli del gruppo con TAU, si mantenessero in un follow-up a distanza di un anno.

Le pazienti in trattamento con la DBT presentavano al follow-up un punteggio più elevato alla *Global Assessment Scale* (GAS), indice di un miglior funzionamento globale; nei primi 6 mesi dall'inizio del follow-up è stata messa in evidenza una riduzione dei comportamenti parasuicidari, della rabbia e un miglioramento della funzionalità sociale nei pazienti trattati con psicoterapia; nella seconda parte dello studio si è ridotto anche il numero di giorni di ricovero. I risultati ottenuti al termine del RCT condotto nel 1991 erano quindi mantenuti o incrementati a un anno di follow-up dalla conclusione dello studio⁵⁸.

Koons et al. nel 2001⁵⁹ hanno realizzato uno studio analogo (DBT vs. TAU) su 20 donne con DBP, il 40% delle quali con anamnesi positiva per recente comportamento parasuicidiario. Dopo soli 6 mesi la DBT è risultata superiore al TAU nel ridurre i sintomi di rabbia, depressione, ideazione suicidiaria e gli agiti autolesivi, mentre la sintomatologia ansiosa non mostrava miglioramenti in nessuna delle due condizioni.

È ipotizzabile che i risultati parzialmente differenti di questi due RCT si spieghino alla luce delle diverse caratteristiche del campione, con presenza o meno di attuali condotte autolesionistiche, sulle quali si orientano gli obiettivi di trattamento della DBT⁶⁰.

I dati promettenti emersi da questi studi giustificano l'opportunità di condurre ulteriori indagini sull'efficacia della DBT, benché qualche riserva possa essere espressa in merito alla validità del TAU come termine di paragone⁶⁰. Il TAU consiste infatti principalmente nella gestione farmacologica, nel *counseling* occasionale e nei servizi d'emergenza ospedaliera. Più recentemente Linehan et al. hanno confrontato la DBT con una condizione di controllo più rigorosa denominata TBE ossia *treatment by experts* ovvero "trattamen-

to condotto da esperti". Si tratta di clinici, nominati dai responsabili dei centri di salute mentale, che hanno maturato un'esperienza consistente nel trattamento del DBP e dei comportamenti suicidari e adottano un orientamento psicoterapico diverso da quello comportamentale.

Nel 2006 la Linehan ha condotto un RCT della durata di un anno, seguito da un anno di follow-up, su 101 donne con DBP con recenti comportamenti parasuicidari e autolesionistici, in cui la DBT era confrontata con il TBE. I risultati di questo confronto hanno evidenziato che entrambi i trattamenti risultavano efficaci, ma i pazienti nel gruppo in terapia con DBT presentavano meno drop-out, minor numero di tentativi suicidari, minor tasso di ospedalizzazione e di accesso ai servizi di emergenza⁶¹.

La DBT è stata applicata con interesse anche in pazienti con DBP in comorbidità con abuso di sostanze o disturbi del comportamento alimentare, considerati espressione del discontrollo comportamentale.

Nel 1999 Linehan et al.⁶² hanno condotto un RCT per valutare l'efficacia della psicoterapia dialettico-comportamentale rispetto al trattamento di routine (TAU) in un gruppo di pazienti borderline di sesso femminile con disturbo da abuso di sostanze in comorbidità. Le pazienti trattate per un anno con DBT, rispetto a quelle del gruppo di controllo, presentavano una riduzione significativa delle condotte di abuso valutata mediante l'utilizzo di interviste strutturate e mediante l'analisi delle urine. Al follow-up a 16 mesi le pazienti in trattamento con la psicoterapia mostravano un miglioramento del funzionamento globale e sociale e, inoltre, un grado più alto di *compliance* alla terapia.

Un secondo RCT realizzato dalla Linehan⁶³ ha confrontato la DBT e un altro modello di psicoterapia, la *Comprehensive Validation Therapy* associata al programma dei 12 step (CVT + 12s), in 23 donne con DBP e dipendenza da eroina. Le pazienti oltre al trattamento psicoterapico della durata di 12 mesi, ricevevano tre volte alla settimana una terapia con agonisti degli oppioidi (con un dosaggio di 90-90-130 mg).

Si è registrato in entrambi i gruppi un miglioramento dei parametri indicativi della condotta di abuso: tutte le pazienti presentavano una concentrazione più bassa di oppioidi nelle urine (del 27% nelle pazienti in trattamento con DBT e del

33% in quelle con CVT + 12s). Le pazienti trattate con DBT mantenevano questo risultato per tutti i 12 mesi di trattamento, mentre le donne assegnate alla CVT + 12s incrementavano l'utilizzo degli oppioidi negli ultimi 4 mesi di terapia. Una tendenza contraria si è riscontrata rispetto ai *drop-out*. Tutte le pazienti in trattamento con CVT + 12s hanno portato a termine lo studio, mentre nel gruppo trattato con DBT solo il 64% ha concluso i 12 mesi di trattamento.

In un lavoro del 2002⁶⁴ e nel successivo studio di follow-up del 2005⁶⁵, van den Bosch et al. hanno valutato l'efficacia della DBT nel ridurre la sintomatologia borderline e le condotte di abuso, confrontando un gruppo di pazienti con diagnosi singola di DBP e un gruppo di pazienti con doppia diagnosi (DBP + abuso di sostanze). Questo RCT è stato condotto in Olanda su un campione di 58 donne con DBP, circa la metà delle quali (53%) soddisfaceva i criteri per un disturbo da abuso di sostanze in comorbilità. Le pazienti trattate per un anno con DBT mostravano una riduzione significativa delle condotte parasuicidiarie rispetto a quelle del gruppo con TAU, direttamente proporzionale alle gravità della sintomatologia autolesiva al baseline, nonché miglioramenti significativi in diverse aree problematiche riguardanti il controllo dell'impulsività (*binge eating*, guida spericolata, gioco d'azzardo). Tuttavia in nessuno dei due gruppi di trattamento si è verificato un cambiamento significativo delle condotte di abuso di sostanze, un risultato in contrasto con i dati promettenti della Linehan che mette in discussione la possibilità di impiegare la DBT in questo tipo di pazienti.

Per quanto riguarda i lavori pubblicati sull'applicazione della terapia dialettico-comportamentale in campioni di pazienti borderline con comorbilità con disturbi del comportamento alimentare, Chen et al.⁶⁶ hanno condotto uno studio iniziale di 6 mesi su un piccolo gruppo di 8 donne borderline, di cui 5 con *binge-eating disorder* e 3 con bulimia nervosa concomitante. Le pazienti sono state valutate al baseline, al termine del trattamento e al follow-up dopo 6 mesi dalla fine dello studio, mediante l'impiego di interviste cliniche strutturate, quali la *Eating Disorders Examination* (EDE), la *Personality Disorder Examination* (PDE) e la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID). Al termine del trattamento la DBT ha dato buoni risultati in termini di controllo del disturbo del

comportamento alimentare e di miglioramento del funzionamento globale. I risultati sono stati invece modesti per quanto riguarda i disturbi di Asse I non legati al comportamento alimentare e i comportamenti parasuicidiari e autolesionistici. Al follow-up, invece, l'efficacia della DBT è risultata soddisfacente anche per questi ultimi. Tuttavia, il valore di questi dati è limitato dalla numerosità molto ridotta del campione e l'indicazione ad applicare la DBT in pazienti con comorbilità con disturbi dell'alimentazione può essere sostenuta solo sulla base di ulteriori indagini.

In generale, occorre sottolineare un limite degli studi condotti sulla DBT, che è una conseguenza delle sue peculiari indicazioni cliniche: la maggior parte dei trial sono stati condotti su pazienti di sesso femminile e con comportamento parasuicidiario, che non possono essere considerati rappresentativi della popolazione eterogenea di pazienti borderline osservabile nella pratica clinica.

La strutturazione della DBT così come è stata originariamente proposta dalla Linehan è stata successivamente modificata da alcuni autori^{67 68} per adattarla a contesti differenti o a pazienti con caratteristiche peculiari.

Turner nel 2000⁶⁹ ha proposto un adattamento della DBT per il setting dei centri di salute mentale, includendo lo *skill training* nelle sedute di terapia individuale ed eliminando quelle di gruppo. L'autore ha confrontato questa variante della DBT con una psicoterapia alternativa centrata sul paziente, evidenziandone la maggiore efficacia su quasi tutte le variabili considerate (sintomatologia globale, ideazione suicidaria, rabbia, impulsività, depressione), eccetto che sulla sintomatologia ansiosa.

Bohus et al.⁷⁰ hanno elaborato per i pazienti borderline una forma di DBT intensiva della durata di 3 mesi applicabile in regime di ricovero. In uno studio non controllato condotto su 24 pazienti di sesso femminile è stata messa in evidenza una riduzione della sintomatologia globale, ansiosa e depressiva, dei sintomi dissociativi e del comportamento parasuicidiario in pazienti trattati con questo tipo di psicoterapia.

Anche Kroger et al.⁷¹ hanno confermato l'efficacia della DBT intensiva sulla sintomatologia globale in uno studio su 50 pazienti ricoverati (44 donne e 6 uomini) con un'alta percentuale di comorbilità di Asse I e II. I benefici ottenuti con

la terapia permanevano al follow-up di 30 mesi dopo le dimissioni ⁷².

Nel 2009 Soler et al. ⁷³ hanno condotto un RCT per confrontare l'efficacia della DBT con *skill training* (DBT-ST) a quella della terapia di gruppo standard (SGT) in 60 pazienti con DBP (criteri del DSM-IV). Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a 13 sedute di gruppo settimanali della durata di 120 minuti.

I pazienti in trattamento con DBT-ST presentavano una migliore aderenza alla terapia (minor numero di *drop-out*). La DBT-ST è risultata più efficace della SGT sulla sintomatologia globale, sui sintomi depressivi e ansiosi, sull'irritabilità e sui sintomi psicotici.

Nonostante la disponibilità di numerose evidenze sull'efficacia della DBT, alcuni autori ⁶⁷ ⁶⁸ manifestano delle perplessità sottolineando la mancanza di dati che ne supportino l'efficacia sui sintomi nucleari del disturbo borderline come l'instabilità relazionale, il senso di vuoto, il disturbo dell'identità.

Tra le altre terapie di derivazione cognitivista proposte per il DBP ricordiamo la *Schema Therapy* e la STEPPS o *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving*. La *Schema Therapy*, sviluppata da Young ⁷⁴ ⁷⁵, è un ibrido della terapia cognitivo-comportamentale di Beck e della terapia psicodinamica, che si focalizza sugli schemi maladattivi derivati da esperienze negative dell'infanzia. Nel 2009 Farrell et al. ⁷⁶ hanno condotto un RCT su 32 pazienti con DBP per confrontare la *Schema-Focused Therapy* (SFT) con il TAU. I pazienti venivano sottoposti a 30 sedute a cadenza settimanale della durata di 90 minuti. Il gruppo in trattamento con SFT presentava rispetto al gruppo con TAU un minore numero di *drop-out*, una riduzione della sintomatologia globale e di quella correlata al DBP. Al termine del trattamento il 94% dei pazienti borderline in trattamento con SFT non soddisfacevano più i criteri per questo disturbo, mentre nel 92% dei pazienti in TAU era ancora possibile far diagnosi di DBP secondo i criteri del DSM-IV. La STEPPS è un altro modello di terapia breve basata su un manuale ⁷⁷ che comprende interventi di gruppo di tipo cognitivo-psicoeducazionale e di *skill training* ⁷⁸. In un RCT su 124 soggetti con DBP randomizzati a ricevere per 20 settimane STEPPS + TAU o solo TAU, il gruppo trattato con la STEPPS presentava un miglioramento più spiccato della sintomatologia

borderline e affettiva e del funzionamento globale, mantenuto al follow-up di un anno ⁷⁹.

La psicoterapia interpersonale

La psicoterapia interpersonale (IPT) è un modello di psicoterapia limitata nel tempo, che focalizza l'intervento sulle aree problematiche interpersonali che sono in relazione con l'esordio della sintomatologia psichiatrica. L'efficacia dell'IPT è stata valutata inizialmente nella depressione maggiore, ma successivamente gli studi hanno preso in esame anche pazienti con disturbo bipolare, bulimia nervosa e disturbi d'ansia ⁸⁰.

La scuola interpersonale si è sviluppata a partire dalle teorie di Harry Stuck Sullivan ⁸¹, secondo cui l'uomo è il risultato delle sue relazioni interpersonali e delle sue interazioni culturali e ambientali. In base a questo approccio, l'unità di osservazione e di intervento terapeutico è il gruppo sociale primario, ovvero il luogo del contatto immediato del paziente con una o più figure significative.

Il metodo di psicoterapia breve interpersonale più dettagliatamente descritto è quello introdotto da Klerman negli anni '80 per la cura della depressione maggiore ed è rivolto al trattamento dei pazienti depressi non psicotici e non bipolari ⁸². Secondo Klerman, la comprensione della depressione fa riferimento a tre processi fondamentali: la funzione del sintomo, che può derivare da meccanismi psicobiologici e/o psicodinamici; le relazioni sociali e interpersonali; i problemi di personalità e di carattere, che comprendono tratti persistenti come l'inibizione dei sentimenti di rabbia, la scarsa comunicazione con gli altri significativi e i problemi di autostima. L'IPT si propone di intervenire sui primi due aspetti, ritenendo che i problemi di personalità non possano essere oggetto di cambiamento nel corso di un trattamento breve ⁸³. Il terapeuta offre al paziente la possibilità di risolvere una "crisi interpersonale" durante il trattamento di psicoterapia breve, con l'obiettivo di migliorare i sintomi critici dell'episodio depressivo e di prevenire le recidive attraverso la costruzione di relazioni interpersonali più favorevoli.

Studi controllati hanno dimostrato che l'IPT è un valido strumento terapeutico per la depressione maggiore, dotato di efficacia superiore al placebo ⁸⁴⁻⁸⁸ e sovrapponibile alla terapia farmacolo-

gia nel corso della fase acuta^{84 85 89-92}. Per quanto riguarda la profilassi delle ricorrenze, l'IPT si è dimostrata superiore al placebo^{85 93}, ma non agli antidepressivi triciclici^{84 85 89}. Gli studi di confronto fra IPT e altre forme di psicoterapia hanno messo in evidenza che l'IPT della depressione ha efficacia superiore alla psicoterapia di supporto e pari alla psicoterapia cognitivo-comportamentale^{86 89 94-97}.

L'adattamento dell'IPT al trattamento del DBP è una proposta recente di Markowitz⁹⁸, che ha dovuto rivedere l'impostazione tecnica dell'intervento per affrontare alcuni rilevanti problemi connessi alle caratteristiche cliniche del disturbo e alle peculiari modalità relazionali di questi pazienti.

Con l'intento di adattare l'IPT a pazienti con DBP, il DBP è stato concettualizzato come una deflessione cronica dell'umore simile al disturbo distimico, ma interrotta da esplosioni di rabbia e impulsività sporadiche e afinalistiche.

La costruzione della relazione terapeutica è un aspetto che si rivela particolarmente problematico nella psicoterapia dei pazienti borderline. Questi pazienti tendono infatti a instaurare un rapporto di ambivalenza con il terapeuta⁹⁹, che si estrinseca con repentini passaggi tra momenti di iperidealizzazione e di svalutazione. Questa caratteristica è la manifestazione nei rapporti interpersonali di una scissione o compartimentazione psichica, che impedisce di integrare elementi positivi e negativi di sé e degli altri significativi.

Markowitz nel tentativo di adattare l'IPT al DBP, ha proposto di suddividere il trattamento in due fasi. Nella prima fase della durata di 16 settimane, il trattamento comprende 18 sedute di 50 minuti. Gli obiettivi sono quelli di stabilire l'alleanza terapeutica, di contenere i comportamenti suicidari e di promuovere un miglioramento iniziale dei sintomi. Se il paziente completa questa fase in modo soddisfacente, prosegue con altre 16 sedute settimanali, il cui obiettivo è il miglioramento dei risultati iniziali, il consolidamento dell'alleanza terapeutica e lo sviluppo di strategie relazionali più funzionali⁹⁸. I pazienti vengono quindi sottoposti a un trattamento che dura 8 mesi con 34 sedute di IPT. Nel corso del trattamento il paziente riceve, se necessaria, una telefonata settimanale di 10 minuti, nel tentativo di promuovere una maggiore continuità terapeutica e una migliore gestione di eventuali situazioni critiche.

È importante notare che la durata e l'intensità di questo trattamento sono inferiori rispetto alla DBT della Linehan e al programma ospedaliero di psicoterapia psicodinamica di Bateman e Foa, che si articolano rispettivamente nell'arco di 12 e 18 mesi.

I dati attualmente disponibili in merito all'efficacia dell'IPT sulla sintomatologia del disturbo borderline sono limitati^{100 101}. Uno studio randomizzato condotto da Angus e Gillies nel 1994 su 24 pazienti con DBP ha confrontato due tipi di trattamento: la *Relationship Management Therapy* e l'IPT. Si tratta di una IPT modificata dagli autori, che hanno proposto di aggiungere alle quattro aree problematiche previste dal modello tradizionale, una quinta area rappresentata dal "disturbo dell'immagine di sé". I 13 pazienti borderline (di cui 1 con depressione maggiore), trattati con 12 sedute di IPT a frequenza settimanale per tre mesi, hanno riportato un miglioramento della psicopatologia globale, dell'alleanza terapeutica e degli schemi di adattamento interpersonale.

Nel 2006 Markowitz et al.¹⁰¹ hanno realizzato uno studio pilota in aperto sull'efficacia dell'IPT modificata (IPT-DBP) su 8 pazienti con disturbo borderline in comorbilità con disturbi dell'umore e altri disturbi di Asse II. I 5 pazienti che hanno completato gli 8 mesi di trattamento con IPT-DBP hanno conseguito un miglioramento significativo della sintomatologia globale, dei sintomi depressivi e del funzionamento sociale; inoltre al termine dello studio nessuno di loro soddisfaceva più i criteri per la diagnosi di DBP.

Il nostro gruppo di ricerca ha condotto alcuni studi applicando il modello tradizionale di IPT a pazienti con depressione maggiore e concomitante DBP, per valutare se l'efficacia di questa terapia sui sintomi depressivi sia mantenuta anche in presenza di gravi alterazioni dell'assetto personologico.

In uno studio randomizzato di 24 settimane¹⁰², la terapia combinata (IPT associata a fluoxetina) è stata confrontata con la farmacoterapia singola in 39 pazienti borderline che soddisfacevano i criteri per un episodio depressivo maggiore lieve o moderato. Gli effetti dei due trattamenti sono risultati sovrapponibili in termini di numero di pazienti *responder*, miglioramento della sintomatologia globale e dei sintomi d'ansia, mentre si è evidenziata una superiorità significativa della terapia combinata per quanto riguarda i sintomi

depressivi e una serie di aspetti relativi alla qualità di vita soggettiva e alle relazioni interpersonali. L'associazione dell'IPT al trattamento farmacologico antidepressivo sembra quindi in grado di determinare un rimodellamento dei tratti di personalità disfunzionali di questi pazienti, contribuendo al miglioramento della sintomatologia depressiva e del funzionamento relazionale.

Un secondo studio randomizzato¹⁰³ si è proposto di confrontare in pazienti depressi con DBP la terapia combinata che adotta l'IPT e quella che utilizza la psicoterapia cognitiva della depressione secondo Beck (CT). Gli effetti dei due trattamenti risultano sovrapponibili in termine di numero di pazienti *responder*, miglioramento della sintomatologia globale, dei sintomi depressivi e del funzionamento socio-occupazionale. Sono state invece rilevate differenze significative tra i due gruppi per quel che riguarda la sintomatologia ansiosa, la qualità di vita soggettiva e pattern relazionali disfunzionali. La terapia combinata con CT è risultata più efficace sulla sintomatologia ansiosa e ha migliorato la percezione del paziente della propria funzionalità psicologica. La terapia combinata con IPT ha prodotto effetti più significativi sulla percezione soggettiva della funzionalità sociale e modalità relazionali di tipo intrusivo/dipendente e dominante/controllante. Sono effetti differenziali che appaiono in linea con l'impostazione teorica e tecnica delle due psicoterapie ed è rilevante il fatto che emergano in misura significativa in un campione relativamente limitato di pazienti.

In uno studio successivo¹⁰⁴ abbiamo adottato l'IPT adattata secondo Markowitz in un gruppo di pazienti con diagnosi singola di DBP. La terapia combinata (IPT adattata al DBP + fluoxetina) è stata confrontata con la farmacoterapia singola in 55 pazienti borderline senza comorbidità attuali di Asse I o II. I risultati di questo studio controllato randomizzato indicano che i due tipi di trattamento sono entrambi efficaci; in particolare non si sono registrate differenze significative nelle percentuali di remissione e nel miglioramento della sintomatologia globale. Sono invece emerse differenze significative per quanto concerne i sintomi ansiosi, alcuni fattori correlati alla qualità di vita soggettiva e alcune caratteristiche cliniche fondamentali del DBP (disturbo delle relazioni interpersonali, impulsività e instabilità affettiva). Sono risultati promettenti, che dovranno essere

replicati su campioni più numerosi e con valutazioni di follow-up.

Conclusioni

In accordo con quanto riportato dalle linee guida dell'APA per il trattamento del DBP^{3 15}, i risultati emersi dalla revisione dei dati di letteratura sottolineano l'importanza di una terapia che combini specifiche strategie farmacoterapiche, mirate alle principali dimensioni psicopatologiche del disturbo, e un approccio psicoterapico che prenda in considerazione modelli di diversa impostazione teorica, individualizzando il trattamento in relazione all'eterogeneità clinica dei pazienti.

Nonostante le linee guida considerino la psicoterapia psicodinamica/psicoanalitica uno dei trattamenti psicoterapici più indicati nel trattamento di pazienti con DBP e gli studi controllati disponibili in letteratura dimostrano che i pazienti trattati con interventi di psicoterapia dinamica possano conseguire miglioramenti significativi, questo tipo di psicoterapia si presta per le sue caratteristiche e per il notevole dispendio di risorse al trattamento di un numero limitato di pazienti con valida motivazione al cambiamento e buone capacità introspettive.

Sulla base degli studi presi in esame, la terapia dialettico-comportamentale risulta il modello di psicoterapia che ha ottenuto maggiore supporto dai dati empirici. La DBT è particolarmente efficace per il trattamento dei comportamenti ad alto rischio e delle condotte auto-lesive di pazienti borderline, ma non produce effetti altrettanto significativi sui sintomi depressivi, né sul livello di soddisfazione generale percepita da questi pazienti^{65 67}. La DBT, in accordo con l'impostazione teorica originaria, dovrebbe essere considerata un trattamento di scelta selettivamente per i pazienti borderline con comportamenti parasuicidari ricorrenti e potrebbe essere integrata da un secondo intervento psicoterapico focalizzato sulle altre componenti psicopatologiche del disturbo. Tuttavia, non sono disponibili attualmente studi che abbiano verificato in modo sistematico i risultati clinici di questa modalità combinata o sequenziale di psicoterapia.

Alcuni dati presenti in letteratura suggeriscono che la DBT può essere efficace anche in pazienti con DBP e comorbidità con disturbo da abuso di sostanze, in cui induce un miglioramento dei

sintomi correlati al disturbo di personalità, mentre è controverso se sia in grado di controllare le condotte di abuso e la dipendenza.

Le gravi difficoltà che il soggetto borderline incontra nel gestire i rapporti con i familiari, i colleghi e gli amici, rappresentano un *target* appropriato per una IPT, che può contribuire a migliorare il funzionamento sociale e la qualità di vita dei pazienti attraverso una revisione dei *pattern* relazionali più disadattativi. In particolare, la variante di IPT adattata da Markowitz alle peculiari caratteristiche cliniche e ai problemi relazionali dei pazienti borderline può rappresentare un promettente modello di intervento, capace di rispondere alla crescente richiesta di trattamenti psicoterapici standardizzati e di breve durata. Tuttavia, i dati disponibili nell'IPT adattata al DBP sono per ora limitati e in parte in corso di pubblicazione. Il ricorso ad un approccio psicoterapico interpersonale appare particolarmente indicato per i pazienti borderline che presentano una comorbilità con la depressione maggiore, poiché questo disturbo dell'umore rappresenta l'indicazione originaria dell'IPT ed è stato oggetto di numerosi studi di efficacia con risultati favorevoli.

Benché nella pratica clinica la psicoterapia e la farmacoterapia siano spesso associate, sono ancora pochi gli studi progettati per valutare gli effetti della combinazione del farmaco con la psicoterapia in confronto ai trattamenti singoli. Inoltre, molti degli studi sulla farmacoterapia hanno incluso pazienti con DBP che seguivano anche un trattamento psicoterapico e molti pazienti arruolati negli studi di psicoterapia stavano contemporaneamente assumendo terapie farmacologiche, con un possibile effetto di distorsione dei risultati ottenuti con i singoli interventi.

In conclusione, i differenti domini psicopatologici della patologia borderline, avendo presumibilmente percorsi patogenetici differenti, potrebbero essere selettivamente sensibili a diversi modelli di intervento psicoterapico, o farmacologico, o di terapia combinata/sequenziale. Ulteriori studi adeguatamente progettati per confrontare i modelli alternativi di trattamento e valutare gli effetti della combinazione del farmaco con la psicoterapia in confronto ai trattamenti singoli saranno necessari per individuare fattori predittivi di risposta e sviluppare progetti terapeutici maggiormente individualizzati e mirati alle caratteristiche del quadro clinico.

Bibliografia

- ¹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn* (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
- ² American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn* (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- ³ American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder: introduction*. Am J Psychiatry 2001;158(Suppl 10):2.
- ⁴ Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. *Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients*. Am J Psychiatry 2000;157:1629-33.
- ⁵ Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. *The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure*. Biol Psychiatry 2002;51:936-50.
- ⁶ Skodol AE, Siever LJ, Livesley J, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. *The borderline diagnosis II: biology, genetics and clinical course*. Biol Psychiatry 2002;51:951-63.
- ⁷ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn*, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- ⁸ Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. *The prevalence of personality disorders in a community sample*. Arch Gen Psychiatry 2001;58:590-6.
- ⁹ Swartz MS, Blazer DG, George LK, Winfield I. *Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community*. J Personal Disord 1990;4:257-72.
- ¹⁰ Widiger TA, Weissman MM. *Epidemiology of borderline personality disorder*. Hosp Community Psychiatry 1991;42:1015-21.
- ¹¹ Gunderson JG, Phillips KA. *A current view of the interface between borderline personality disorder and depression*. Am J Psychiatry 1991;148:967-75.
- ¹² Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. *Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents*. Am J Psychiatry 1993;150:1237-43.
- ¹³ Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Skodol AE, et al. *Traumatic exposure and post-traumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitu-*

- dinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:510-8.
- 14 Samuels J, Eaton WW, Bienvenu J, Clayton P, Brown H, Costa PT, et al. *Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample*. *Br J Psychiatry* 2002;180:536-42.
 - 15 Oldam JM. *Guideline Watch 2005. Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Arlington, VA: American Psychiatry Association 2005.
 - 16 Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. *Childhood experiences of borderline patients*. *Compr Psychiatry* 1989;30:18-25.
 - 17 Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1997;154:1101-6.
 - 18 Links PS, Steiner M, Offord DR, Eppel A. *Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study*. *Can J Psychiatry* 1988;33:336-40.
 - 19 Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Western D, Hill EM. *Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1990;147:1008-13.
 - 20 Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. *Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients*. *Compr Psychiatry* 1994;35:301-5.
 - 21 Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Ogden RL. *Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients*. *Am J Psychiatry* 1990.
 - 22 Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. *Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder*. *Am J Orthopsychiatry* 1990;60:55-66.
 - 23 Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. *Childhood trauma in borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1989;146:490-5.
 - 24 Waldinger RJ. *Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview*. *Am J Psychiatry* 1987;144:267-74.
 - 25 Linehan MM. *Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse*. *NIDA Res Monogr* 1993;137:201-16.
 - 26 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psicoterapia della personalità borderline*. Milano: Raffaello Cortina 1999.
 - 27 Bateman AW, Fonagy P. *The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder*. *Bull Menninger Clin* 2003;67:187-211.
 - 28 Kohut H. *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri 1978.
 - 29 Kohut H. *Introspection, empathy and psychoanalysis. The relationship of observation method and theory*. *Psyche* 1971;25:831-55.
 - 30 Luborsky L. *Principles of psychoanalytic therapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Book 1984.
 - 31 Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 3rd edn. American Psychiatric Press 2000.
 - 32 Gunderson JG. *La personalità borderline. Una guida clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2003.
 - 33 Stevenson J, Meares R. *An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62.
 - 34 Stevenson J, Meares R. *Borderline patients of five-years follow-up*. Presentato al Congresso annuale del Royal Australian-New Zeland College of Psychiatrists, Cairns, Australia, 1995.
 - 35 Meares R, Stevenson J, Comeford A. *Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts*. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:467-72.
 - 36 Bateman A, Fonagy P. *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial*. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9.
 - 37 Bateman A, Fonagy P. *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up*. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
 - 38 Kernberg OF. *Book review of borderline psychopathology and its treatment*. *Am J Psychiatry* 1988;145:264-5.
 - 39 Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. *The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioural change*. *J Pers Disord* 2001;15:487-95.
 - 40 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatry 2006.
 - 41 Koenigsberg HW, Kernberg OF, Stone MH. *Borderline patients: extending the limits of treatability*. New York: Basic Book 2000.
 - 42 Yeomans F, Selzer M, Clarkin J. *Studying the treatment contract in intensive psychotherapy with borderline patients*. *Psychiatry* 1993;56:254-63.
 - 43 Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *A primer of*

- transference-focused psychotherapy for borderline patients*. Northvale NJ, Jason Aronson 2002.
- 44 Clarkin JF, Levy NK, Lenzeweger MF, Kernberg OF. *The personality Disorder Institute/Borderline Personality Foundation randomized control trial for borderline personality disorder*. J Personal Disord 2004;18:52-72.
- 45 Clarkin JF, Levy NK, Lenzeweger MF, Kernberg OF. *Evaluating three treatment for borderline personality disorder: a multiware study*. Am J Psychiatry 2007;164:922-8.
- 46 Rockland LH. *Supportive Therapy for Borderline Patients: a psychodynamic approach*. New York: Guilford 1992.
- 47 Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. *Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder*. Psychiatr Q 2007;78:129-43.
- 48 Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy NK. *Transference focused psychotherapy: overview and update*. Int J Psychoanal 2008;89:601-20.
- 49 Gregory RJ, Remen AL, Soderberg M, Ploutz-Snyder RJ. *A controlled trial of psychodynamic for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome*. J Am Psychoanal Assoc 2009;57:199-204.
- 50 Gregory RJ. *Thematic stages of recovery in the treatment of borderline of borderline personality disorder*. Am J Psychother 2004;58:335-48.
- 51 Gregory RJ. *The deconstructive experiences*. Am J Psychother 2005;59:295-305.
- 52 Gregory RJ, Remen AL. *A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder*. Psychother Theor Res Pract Train 2008;45:15- 27.
- 53 Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford 1993.
- 54 Linehan MM. *Dialectical behavioural therapy: a cognitive behavioural approach to parasuicide*. J Personal Disorder 1987;1:328-33.
- 55 Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D. *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1060-4.
- 56 Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits-Cristoph P, Beck AT. *An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder*. J Personal Disord 2004;18:257-71.
- 57 Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowics KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. *Treatment of older adults with comorbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach*. Int J Geriatr Psychiatry 2007;22:131-43.
- 58 Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. *Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients*. Arch Gen Psychiatry 1993;50:971-4.
- 59 Koons C, Robin CJ, Tweed JL. *Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder*. Behav Ther 2001;32:371-90.
- 60 Robin CJ, Chapman AL. *Dialectical behaviour therapy: current status, recent developments, and future directions*. J Pers Dis 2004;18:73-89.
- 61 Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy versus therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:757-66.
- 62 Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence*. Am J Addict 1999;8:279-92.
- 63 Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welchs SS, Heagerty P, et al. *Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder*. Drug Alcohol Depend 2002;67:13-26.
- 64 Van den Bosch LM, Verheul R, Scippers GM, van den Brink W. *Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long term effects*. Addict Behav 2002;27:911-23.
- 65 Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. *Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. Behav Res Ther 2005;43:1231-41.
- 66 Chen EY, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM. *Dialectical behavior Therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder*. Int J Eat Disord 2008;41:505-12.
- 67 Scheel KR. *The empirical basis of dialectical behaviour therapy: summary, critique and implications*. Clin Psychol Sci Prac 2000;7:68-86.
- 68 Gunderson JG. *La personalità borderline. Una guida clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2003.
- 69 Turner RM. *Naturalistic evaluation of dialectical behavioral therapy-oriented treatment for borderline personality disorder*. Cognit Behav Pract 2000;7:413-9.
- 70 Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan M. *Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: a prospective study*. Behav Res Ther 2000;38:875-87.

- 71 Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. *Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting*. *Behav Res Ther* 2006;44:1211-7.
- 72 Fassbinder E, Rudolf S, Bussiek A, Kröger C, Arnold R, Greggersen W, et al. *Effectiveness of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder in the long-term course: a 30-month follow-up after inpatient treatment*. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007;57:161-9.
- 73 Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins J, et al. *Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomized controlled clinical trial*. *Behav Res Ther* 2009;47:353-8.
- 74 Young JE. *Cognitive therapy for personality disorder*. Sarasota, FL: Professional Resources Press 1999.
- 75 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford 2003.
- 76 Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. *A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial*. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40:317-28.
- 77 Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Black DW, et al. *STEPP: a cognitive-behavioral system based group treatment for outpatients with borderline personality disorder: a preliminary report*. *Compr Psychiatry* 2002;43:301-10.
- 78 Black DW, Blum N, Pfohl B. *The STEPP group treatment program for outpatients with borderline personality disorder*. *J Contemp Psychotherapy* 2004;34:193-210.
- 79 Blum N, Pfohl B, St John D, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. *STEPP for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1 year follow-up*. *Am J Psychiatry* 2008;165:468-78.
- 80 Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books 2000.
- 81 Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton 1953.
- 82 Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Psicoterapia interpersonale della depressione*. Milano: Bollati-Boringhieri 1984.
- 83 Bogetto F and Bellino S. *Psicoterapia breve interpersonale*. In: *Trattato italiano di Psichiatria*. II ed. Milano: Masson 1999.
- 84 Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. *The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes*. *Am J Psychiatry* 1979;136:555-8.
- 85 Reynolds CF III, Miller MD, Frank E, Pasternak RE, Perel JM, Cornes C et al. *Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy*. *Am J Psychiatry* 1999;156:202-8.
- 86 Rossellò J, Bernal G. *The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents*. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:734-45.
- 87 O'Hara MW, Stuarts S, Corman CC, Wenzel A. *Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression*. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039-45.
- 88 Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. *Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:573-9.
- 89 Markowitz JC, Svartberg M, Swartz HA. *Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy?* *J Psychother Pract Res* 1998;7:185-95.
- 90 Karlsson H, Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy in the treatment of depression*. *Duodecim* 2002;118:1760-5.
- 91 Markowitz JC, Kocsis JH, Christos P, Bleiberg K, Carlin A. *Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence*. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:468-74.
- 92 Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD et al. *Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes*. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:913-9.
- 93 Frank E, Kupfer DJ, Perel JM. *Three years outcomes for maintenance therapies in recurrent depression*. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
- 94 Markowitz JC, Klerman GL, Clougherty KF, Spielman LA, Jacobsberg LB, Fishman B, et al. *Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients*. *Am J Psychiatry* 1995;152:1504-9.
- 95 Markowitz JC. *Interpersonal Psychotherapy for Chronic Depression*. *J Clin Psychol* 2003;59:847-58.
- 96 *Depression Guideline Panel. Clinical Practice, Number 5. Depression in Primary Care: vol. 2. Treatment of Major Depression*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, AHCPR, 1993.
- 97 Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. *Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy*. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:522-34.

- ⁹⁸ Markowitz JC. *Interpersonal therapy*. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender D, editors. *The textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press 2005.
- ⁹⁹ Stern A. *Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses*. *Psychoanal Q* 1938;7:467-89.
- ¹⁰⁰ Angus L, Gillies LA. *Counseling the borderline client: an interpersonal approach*. *Can J Counsell* 1994;28:69-82.
- ¹⁰¹ Markowitz JC, Skodol AE, Bleiberg K. *Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanism of change*. *Journal of Clinical Psychology* 2006;62:431-44.
- ¹⁰² Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. *Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy*. *Can J Psychiatry* 2006;51:453-60.
- ¹⁰³ Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. *Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy*. *Can J Psychiatry* 2007;52:718-25.
- ¹⁰⁴ Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. *Interpersonal psychotherapy in the treatment of borderline personality disorder: a clinical study*. *Can J Psychiatry*, accepted May 2009, in press.