

Psicoterapia per il disturbo borderline di personalità: revisione della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati

Psychotherapy for borderline personality disorder: a review of literature on the efficacy of four manualized treatments

F. Madeddu, P. Aquaro, E. Preti

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Summary

Objectives

This work compares the efficacy of four treatment models for borderline personality disorder (BPD) that have been tested in empirical research. The models considered are Mentalization-Based treatment (MBT) by Bateman and Fonagy¹, Transference-Focused Psychotherapy (TFP) by Clarkin, Yeomans and Kernberg², Dialectical Behaviour Therapy (DBT) by Linehan³, and Schema-Focused Therapy (SFT) by Young⁴. For all four models, a specific treatment manual is available that allows reliable trials on efficacy to be carried out.

Methods

A critical review of literature from 1991 to date has been conducted, reviewing all published empirical studies on the efficacy of the four models. Pubmed and Psycinfo databases were searched using as keywords the terms "Mentalization-Based Treatment", "Transference-Focused Psychotherapy", "Dialectical Behaviour Therapy" and "Schema-Focused Therapy". The efficacy of treatments was compared considering three different parameters: dysregulation, mentalization, and duration/stability of changes.

Introduzione

Il disturbo borderline di personalità (*Borderline Personality Disorder*, BPD) è una patologia caratterizzata da un pattern pervasivo di instabilità nella regolazione degli affetti, nel controllo degli impulsi, nelle relazioni interpersonali e nell'immagine di sé⁵. Gli individui affetti da BPD manifestano una grave compromissione del funzionamento sociale unita a gravi condotte autolesive, comportamenti suicidari e parasuicidari. La terapia farmacologica, a lungo utilizzata per il trattamento del BPD, ha fallito nel dimostrare la sua efficacia nel ridurre la sintomatologia borderline, fatta eccezione forse per i comportamenti im-

Results

The review of literature identified 5 studies on MBT, 7 on TFP, 20 on DBT and its modified forms, and 7 on SFT. The four models showed efficacy in reducing self-mutilating, suicidal, and parasuicidal behaviours. TFP is the most effective treatment in reducing anger and impulsivity, while DBT was effective in treating eating behaviour disorders, one of the symptoms of severe dysregulation. Considering substance abuse, data are unclear. As for mentalization, only TFP demonstrated efficacy in increasing the level of reflective functioning. The changes obtained with treatments showed long-term stability for MBT, TFP, and DBT, while further follow-up studies are required for SFT.

Conclusions

All four models can be considered effective in treating BPD (or, at least, some aspects) with a level of efficacy that varies depending on the parameter considered. According to criteria of the American Psychiatric Association⁵ for empirically-validated treatments, TFP, DBT and SFT can be considered well-established treatments for BPD, while MBT meets the criteria for probably-efficacious treatment.

Key words

Borderline personality disorder • Efficacy • Transference-Focused Psychotherapy • Mentalization Based Treatment • Dialectical Behavior Therapy • Schema Focused Therapy

pulsivi⁷. La psicoterapia, anche se di difficile conduzione e associata a elevati tassi di drop-out, è sempre stata considerata il trattamento d'elezione per il BPD. Negli ultimi vent'anni è stata posta un'enfasi crescente sull'importanza di una chiara formulazione delle diverse tecniche e sullo sviluppo di una sistematizzazione manualistica dei modelli di intervento. Attualmente i modelli che si sono confrontati in misura maggiore con la ricerca empirica sono il *Mentalization Based Treatment* (MBT)¹, la *Transference Focused Psychotherapy* (TFP)², la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT)³ e la *Schema Focused Therapy* (SFT)⁴. I quattro modelli di trattamento sono da considerarsi *empiricamente validati*, cioè sono tecniche psicoter-

Correspondence

Emanuele Preti, Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca piazza dell'Ateneo Nuovo 1, 20126 Milano, Italy • Tel. +39 02 64483865
• E-mail: e.preti2@campus.unimib.it

peutiche la cui efficacia è stata dimostrata in studi sperimentali randomizzati e controllati (*Randomized Control Trials*, RCTs), che hanno un'elevata validità interna e quindi soddisfano precisi criteri di rigore metodologico. Gli approcci *empiricamente validati* vengono annoverati e pubblicati in alcune liste, che, nella realtà anglosassone, sono consultabili dagli utenti del servizio sanitario, dai clinici e dalle compagnie assicurative⁵.

I quattro modelli di trattamento

Mentalization Based Treatment

Il trattamento basato sulla mentalizzazione (*Mentalization Based Treatment*, MBT), messo a punto da Anthony Bateman e Peter Fonagy¹, ha lo scopo di promuovere la capacità di mentalizzare nei pazienti borderline. Si tratta di una terapia orientata psicoanaliticamente, che si svolge in ospedalizzazione parziale oppure in un contesto ambulatoriale intensivo.

La concettualizzazione del disturbo borderline nel MBT trova le sue radici nella teoria dell'attaccamento di John Bowlby⁸. La fenomenologia del BPD sarebbe la conseguenza dell'inibizione della capacità di mentalizzare collegata all'attaccamento, del riemergere dei modi di esperire la realtà interna che precedono lo sviluppo della mentalizzazione e della costante pressione a esternalizzare il sé alieno¹.

Il focus è sulla mente del paziente. L'obiettivo è quello di aiutare il soggetto a comprendere i suoi pensieri e sentimenti circa se stesso e gli altri e il modo in cui questi influenzano i comportamenti e le reazioni proprie e altrui.

Transference-Focused Psychotherapy

La psicoterapia focalizzata sul transfert (*Transference-Focused Psychotherapy*, TFP), elaborata dal gruppo di ricerca e di clinica coordinato da Otto Kernberg, è un trattamento psicodinamico basato sul modello delle relazioni oggettuali².

La patologia del paziente, in base alla teoria delle relazioni oggettuali, è una ripetizione inconscia nel qui e ora delle relazioni patogene interiorizzate provenienti dal passato. I conflitti inconsci del passato, impressi nella psiche come modelli di relazione interiorizzati, vengono ricreati simbolicamente dal paziente ed esperiti come una realtà attuale. Nel modello sviluppato da Kernberg la patologia borderline trae origine da tali conflitti arcaici e da un eccesso costituzionale di pulsioni aggressive⁹.

L'enfasi nella TFP è sulle distorsioni di transfert e sulla loro interpretazione. Il principale obiettivo della terapia è quello di aiutare il paziente a sviluppare immagini di

se stesso e degli altri che siano multidimensionali, coese e integrate. Le tecniche utilizzate sono la chiarificazione, la confrontazione e l'interpretazione.

Dialectical Behavior Therapy

La terapia comportamentale dialettica (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT), sviluppata da Marsha Linehan³, è un trattamento specificatamente rivolto a soggetti con tendenze suicidarie e autolesionistiche e una diagnosi di BPD.

La DBT si basa sul modello dialettico o transazionale, che presuppone che individuo e ambiente si trovino in un rapporto di mutua e continua interazione, reciprocità e interdipendenza. Oltre a sottolineare la bidirezionalità delle reciproche influenze, il modello mette in evidenza la condizione di costante evoluzione e cambiamento del sistema individuo-ambiente.

Il trattamento ha il suo fondamento nella teoria biosociale della personalità. La premessa fondamentale di questa teoria è che l'alterazione essenziale nel BPD risiede in una compromissione dell'attività funzionale dei sistemi di regolazione delle risposte emozionali. Quest'alterazione, a sua volta, rappresenta la conseguenza di anomalie biologiche costituzionali individuali associate ad alcune disfunzioni del sottosistema ambientale. L'ipotesi della Linehan è che i pazienti borderline siano individui emotivamente vulnerabili e incapaci di controllo sulla propria sfera emozionale a causa di una predisposizione biologica esacerbata da un ambiente *invalidante*, in cui la comunicazione delle proprie esperienze interne è seguita da risposte estreme, inappropriate o imprevedibilmente variabili. In altre parole, l'espressione dei propri stati interni non è riconosciuta, ma spesso punita o banalizzata.

La DBT è un tipo di programma ambulatoriale intensivo che si articola su due livelli principali di intervento: il paziente prende parte sia a una psicoterapia individuale che a un gruppo centrato sull'apprendimento di competenze (*skills training*). A questi si affiancano la possibilità di consultazioni telefoniche con il terapeuta tra una seduta e l'altra e i gruppi di sostegno. Parte integrante del programma DBT è un gruppo settimanale di supporto e consultazione tra colleghi rivolto ai terapeuti.

Schema Focused Therapy

La SFT, sviluppata da Jeffrey Young⁴ è un approccio terapeutico che integra e amplia la terapia cognitivo-comportamentale e le teorie su cui essa si basa, prendendo spunto da altri modelli teorici, quali la teoria dell'attaccamento, la teoria costruttivista, la scuola psicoanalitica e quella della Gestalt.

La SFT si fonda su tre concetti fondamentali: gli schemi, gli stili di coping e le modalità (*mode*).

Secondo Young⁴, alcuni schemi, che si sviluppano in seguito a un'esperienza negativa vissuta durante l'infanzia (schemi maladattivi precoci), sono all'origine di tratti di personalità patologica o di franchi disturbi di personalità, come il BPD.

Con il termine "stile di coping disfunzionale", Young⁴ indica la modalità con cui l'individuo cerca di far fronte a una minaccia, rimanendo intrappolato però nei propri schemi maladattivi.

Per modalità o *mode* si intende l'insieme delle risposte di coping, sia adattive che disfunzionali, e gli schemi attivi in un determinato momento. I pazienti borderline presentano un numero elevatissimo di schemi e una continua oscillazione di stati affettivi e risposte di coping differenti; inoltre non hanno nessuna possibilità di accedere ad altri *mode* quando in loro se ne attiva uno specifico: le diverse modalità sono completamente dissociate le une dalle altre.

Caratteristiche dei modelli

Fattori comuni

I quattro modelli di trattamento condividono numerosi aspetti. Sono tutti manualizzati, molto strutturati e hanno una forte coerenza teorica. Sono relativamente a lungo termine (la psicoterapia dura più di un anno, fatta eccezione per la versione intensiva della DBT), hanno un focus ben definito e l'attenzione è costantemente rivolta all'esperienza affettiva del paziente e alla relazione terapeutica. Il terapeuta, inoltre, assume un ruolo attivo per tutta la durata del trattamento.

Differenze

Le differenze tra i quattro modelli riguardano, in primo luogo, la concettualizzazione della psicopatologia borderline. Se la TFP concettualizza il BPD come un disturbo basato su un conflitto interno, le altre psicoterapie intendono il disturbo come il risultato di un deficit. La TFP, di conseguenza, cerca di risolvere il conflitto ponendo particolare enfasi sull'integrazione delle relazioni oggettuali interiorizzate, mentre la DBT, per esempio, che vede le origini del disturbo nella disregolazione emotiva, combina l'utilizzo della validazione emotiva con l'insegnamento di tecniche per tollerare l'angoscia, ridurre le emozioni dolorose ed eliminare i problemi comportamentali.

Ciascun modello, in secondo luogo, si avvale di tecniche e di interventi specifici. L'interpretazione, nella TFP, è fondamentale, in quanto utile strumento per aiutare il paziente a connettere differenti stati mentali precedentemente dissociati, ma ancora esperiti coscientemente nella situazione terapeutica. Nel MBT, al contrario, la stessa tecnica è considerata pericolosa e potenzialmente dan-

nosa perché impone al paziente una formulazione che non corrisponde al suo stato mentale. Di conseguenza il suo utilizzo nel MBT è vivamente sconsigliato, così come accade nella DBT. Nella SFT l'utilizzo dell'interpretazione non è né consigliato né sconsigliato. La DBT e la SFT incoraggiano, invece, l'uso di interventi supportivi come il dare consigli e il problem solving. Questo tipo di interventi è solo moderatamente raccomandato nel MBT ed è scoraggiato nella TFP.

Le strategie di intervento in caso di crisi sono esplicitate in tutti i quattro manuali, ma solo nella TFP e nella DBT prevedono l'intervento diretto del terapeuta. MBT e SFT, invece, indirizzano il paziente in crisi ai servizi d'emergenza. DBT e TFP, a differenza di SFT e MBT, dirigono sistematicamente l'attenzione sul funzionamento del paziente al di fuori delle sedute. Il coinvolgimento in attività quotidiane strutturate (scuola, lavoro o volontariato) costituisce un prerequisito fondamentale per questi due modelli. Da ultimo, il supporto per i terapeuti è suggerito nella DBT e nella TFP, ma non nella SFT. Il MBT prevede solo un supporto moderato.

Efficacia dei modelli

Mentalization Based Treatment

Il MBT è stato testato in 2 studi randomizzati e controllati, e in entrambe le versioni, ambulatoriale e in regime di ricovero.

Bateman e Fonagy¹⁰ hanno messo a confronto, in un campione di 38 soggetti, l'efficacia del MBT in contesto di ospedalizzazione parziale con quella di un trattamento psichiatrico standard (*Treatment As Usual*, TAU) per il BPD. Il MBT ha mostrato benefici significativamente maggiori rispetto al controllo per quanto riguarda comportamenti suicidari, autolesionismo e tempo di ricovero. Tali benefici sono diventati evidenti dopo 6-12 mesi di trattamento e un follow-up di 18 mesi dopo la fine del trattamento¹¹, quando tutti i soggetti selezionati inizialmente sono stati valutati, ha mostrato ulteriori miglioramenti. Nonostante ciò il funzionamento dei pazienti in ambito professionale era rimasto molto al di sotto della soglia auspicabile¹¹. Sei anni dopo la fine dello studio il gruppo trattato con MBT ha continuato a mostrare migliori livelli clinici per quanto riguarda i tentativi di suicidio, lo stato diagnostico, l'utilizzo dei servizi e dei trattamenti medici e un miglior status professionale. I risultati hanno dunque rivelato che i pazienti trattati in ospedalizzazione parziale non solo mantenevano i loro sostanziali guadagni ma mostravano un continuo miglioramento in tutte le misure considerate, a differenza del gruppo di controllo che ha mostrato soltanto cambiamenti marginali nello stesso periodo. Ciò suggerisce che, per il gruppo MBT, fosse stato

stimolato un processo di cambiamento a lungo termine. Infine, è stata fatta un'ultima valutazione per confrontare i costi associati alle due tipologie di trattamento¹². Le cure utilizzate da ogni paziente sono state valutate utilizzando le informazioni dei *case notes* e dei fornitori del servizio. I confronti sono stati fatti 6 mesi prima del trattamento, durante i 18 mesi di trattamento, e durante un follow-up a 18 mesi. Non è stata riscontrata nessuna differenza nei costi prima e durante il trattamento. Durante il trattamento il costo dell'ospedalizzazione era infatti controbilanciato dalle ridotte cure psichiatriche che i pazienti ricoverati necessitavano e dal minor numero di trattamenti d'emergenza richiesti. Nel gruppo sperimentale i costi risultavano diminuiti al follow-up, mentre ciò non accadeva per il gruppo di controllo. Questi risultati suggeriscono che il trattamento in ospedalizzazione parziale non è più costoso rispetto alle cure psichiatriche standard, ma al contrario conduce a una riduzione dei costi dopo la fine del trattamento.

Il MBT in contesto di ospedalizzazione parziale è stato nuovamente valutato, comparandolo con il TAU, in un follow-up a 8 anni¹³. Il MBT continuava a mostrarsi clinicamente e statisticamente superiore al trattamento standard per il BPD per quanto riguarda il tasso di suicidi (23 vs. 87%), l'utilizzo dei servizi (2 anni vs. 3,5 anni di trattamento ambulatoriale), le cure mediche usufruite (0,02 vs. 1,90 anni in cui si è usufruito di tre o più cure mediche), il funzionamento sociale (45% oltre un punteggio al *Global Assessment of Functioning* di 60 vs. 10%) e lo status lavorativo (con un impiego o in formazione per 3,2 anni vs. 1,2 anni). Nel complesso, i pazienti sottoposti a MBT, a un follow-up dopo 8 anni mantenevano guadagni maggiori rispetto al controllo, nonostante il loro funzionamento sociale rimanesse generalmente danneggiato. Per quanto riguarda la versione ambulatoriale del MBT, è stato condotto uno studio chiamato *Intensive Out-Patient MBT Randomized Controlled Trial* (IOP)¹⁴. I pazienti nel gruppo di controllo venivano trattati con una psicoterapia supportiva individuale e di gruppo, ricevendo una quantità di cure professionali pari al gruppo sperimentale (*Structured Clinical Management, SCM*), ma senza gli interventi manualizzati offerti al gruppo MBT. I primi risultati hanno mostrato una marcata diminuzione dei comportamenti suicidari nel gruppo MBT, con una riduzione del rischio relativo pari a 0,5 nel gruppo di controllo e a 1 nel gruppo MBT. Questo era anche vero per la riduzione dei comportamenti autolesivi (con una riduzione del rischio pari rispettivamente a 1,4 e 1,8) e delle ospedalizzazioni (che si riducevano dal 30 al 18% nel gruppo di controllo e dal 27 al 3% nel gruppo MBT). Sono state dunque condotte valutazioni indipendenti in cieco ogni 6 mesi. Il primo fattore valutato era l'occorrenza di crisi, composto dalle variabili comportamento suicidario, comportamento autolesivo e ospedalizzazioni. Il secondo fattore preso in con-

siderazione era il funzionamento sociale e interpersonale, nonché i sintomi riferiti dai soggetti. I risultati hanno mostrato sostanziali miglioramenti in entrambe le condizioni in tutte le variabili considerate. Nei pazienti appartenenti al gruppo MBT si è potuto osservare inoltre un considerevole declino sia delle problematiche clinicamente significative sia di quelle riferite dai soggetti, inclusi i tentativi di suicidio e le ospedalizzazioni.

Oltre ai risultati dei due RCTs, Jorgensen e Kjolbye¹⁵ hanno esaminato l'efficacia a 15 mesi del MBT in setting ambulatoriale in un gruppo di 19 pazienti con BPD. L'outcome della terapia è stato valutato avvalendosi di una batteria di strumenti self-report: il *Beck Anxiety Inventory* (BAI)¹⁶, il *Beck Depression Inventory* (BDI)¹⁷ e la *Symptom Check-List* (SCL-90-R)¹⁸. Nonostante il tasso di abbandono sia risultato piuttosto elevato, i soggetti rimasti in terapia (11) hanno mostrato cambiamenti positivi statisticamente significativi nei livelli di ansia e depressione e nel livello di funzionamento globale. Non sono state trovate differenze significative tra il gruppo che ha abbandonato il trattamento e il gruppo che lo ha portato a termine. Un follow-up a 32 mesi ha rivelato che non solo i cambiamenti positivi erano stati mantenuti, ma che il gruppo che aveva completato il trattamento aveva ottenuto ulteriori benefici durante il periodo di follow-up. Presi nell'insieme (Tab. I), i risultati di questi studi mostrano che il trattamento di Bateman e Fonagy è efficace nel trattamento di pazienti con gravi comportamenti autolesivi e suicidari. Il MBT ha provato la sua efficacia a breve e a lungo termine, sia nella forma in ospedalizzazione parziale sia in quella ambulatoriale, il che aumenta la validità esterna di tale tecnica.

Sono attualmente in corso ulteriori ricerche che includono RCT su pazienti che hanno disturbi da uso di sostanze e pazienti con disturbi alimentari¹⁴. Non sono stati condotti, tuttavia, studi empirici che dimostrino l'effettivo aumento della capacità di mentalizzare nei pazienti sottoposti a trattamento MBT, obiettivo fondamentale del modello.

Transference-Focused Psychotherapy

Il primo studio pubblicato sulla TFP¹⁹ ha valutato l'effetto di un anno di trattamento su un gruppo di pazienti con BPD, usando ogni paziente come controllo per se stesso. Comparando i sintomi del paziente nell'anno precedente il trattamento con la condizione dello stesso durante la terapia si è potuto riscontrare che i sintomi erano significativamente diminuiti, così come i comportamenti suicidari. Si è osservato, inoltre, un miglioramento delle condizioni fisiche generali, mentre la frequenza dei comportamenti autolesivi senza intento suicidario non si era significativamente ridotta. Si è rilevata una significativa riduzione del numero di ospedalizzazioni (da una media di 1,4 a una media di 0,35) e anche la diminuzione della

TABELLA I.Ricerche sul MBT. *Researches on MBT.*

Studio	N.	Trattamento comparativo	Evidenze di efficacia
RCT* Bateman e Fonagy, 1999	38	TAU	Comp. suicidari, autolesionismo, durata ricovero
FU* Bateman e Fonagy, 2001	38	TAU	Efficacia a 18 mesi
CE* Bateman e Fonagy, 2003	38	TAU	Riduzione costi
FU* Bateman e Fonagy, 2008	38	TAU	Efficacia a 8 anni
RCT* Bateman e Fonagy, 2009	134	SCM	Comp. suicidari, autolesionismo, ospedalizzaz., funz. sociale
Jorgensen e Kjolbye, 2007**	19	-	Ansia, depressione, funz. sociale

RCT: *Randomized Controlled Trial*; FU: *Follow-up*; CE: *Cost-Effectiveness*; TAU: *Treatment As Usual*; SCM: *Structural Clinical Management*; * *Partial hospitalization*; ** *Outpatient*.

loro durata (da 39,21 giorni a 4,5) è apparsa significativa. Il tasso di drop-out è stato del 19% e nessun paziente si è suicidato durante l'anno di trattamento. Nessuno tra coloro che hanno portato a termine il trattamento è peggiorato e il 52,9% dei soggetti, dopo un anno di trattamento, non soddisfaceva più i criteri del DSM-IV²⁰ per il BPD.

Il passo successivo nella ricerca sull'efficacia della TFP è stato quello di compararla con altre terapie. A tale scopo, Clarkin et al.²¹, finanziati dalla *Borderline Personality Disorder Research Foundation*, hanno condotto un RCT mettendo a confronto tre diverse terapie ambulatoriali: la TFP, la DBT e una terapia psicodinamica supportiva. Allo studio hanno preso parte 90 soggetti, prevalentemente femmine (92%) e con un'età media di 31 anni. Il punteggio medio alla *Global Assessment of Functioning* all'inizio dello studio era di 50, valore che sta a indicare un sostanziale grado di sintomatologia e un livello di funzionamento piuttosto basso. Le prime analisi dei dati hanno rivelato che tutti i tre trattamenti erano efficaci, cioè provocavano nel paziente cambiamenti significativamente diversi da zero in un certo numero di aree. Non è stata riscontrata alcuna differenza tra le terapie nei domini di ansia, depressione e nel funzionamento globale. Per quanto riguarda il comportamento suicidario, la TFP e la DBT, che prevedono interventi specifici diretti a ridurlo, hanno portato a cambiamenti di più ampia portata rispetto alla terapia supportiva. La TFP e la terapia supportiva erano inoltre associate a miglioramenti nella gestione della rabbia e dell'impulsività.

I risultati di questo studio ponevano la questione di identificare i processi chiave di cambiamento. Per questo motivo Levy et al.²² hanno condotto uno studio sui meccanismi attraverso i quali la TFP porterebbe a modificazioni nelle diverse aree della psicopatologia borderline, rispetto alle altre terapie. A questo scopo è stata utilizzata una misura della funzione riflessiva (RF)²³ derivata dall'*Adult Attachment Interview* (AAI), un'intervista semistrutturata messa a punto da George, Kaplan e Main²⁴. È stato misurato il

livello di RF prima e dopo un anno di TFP, di DBT o di una psicoterapia dinamica supportiva (SP). I risultati della ricerca, condotta su un campione di 90 pazienti, hanno mostrato che i pazienti sottoposti a TFP, dopo un anno di terapia, mostravano un aumento significativo di RF, a differenza dei gruppi DBT e SP. Nel gruppo TFP si è riscontrato, inoltre, un significativo aumento nel numero di pazienti considerati sicuri rispetto all'attaccamento (rilevato attraverso l'AAI), cosa che non era accaduta negli altri due gruppi. I risultati di questa ricerca suggeriscono che la TFP conduce a cambiamenti significativi nel funzionamento dei pazienti, incrementando la loro capacità di riflettere su se stessi, sui loro sentimenti, desideri e intenzioni, nonché sulle persone significative della loro vita²⁵.

Una serie di studi olandesi si è proposta di comparare l'efficacia della TFP con quella della SFT. Il primo è un RCT di Giesen-Bloo et al.²⁶, che hanno messo a confronto la TFP e la SFT in un campione di 88 pazienti con un punteggio al *Borderline Personality Disorder Severity Index*, quarta versione (BPDSI-IV)²⁷ maggiore a un cut-off prestabilito. Tre anni di SFT o di TFP si sono mostrati efficaci nel trattamento del BPD, sebbene il gruppo SFT abbia ottenuto maggiori miglioramenti in tutte le variabili considerate. Nel 2007 Spinhoven et al.²⁸ hanno condotto uno studio per valutare la qualità e lo sviluppo dell'alleanza terapeutica nei due trattamenti. I punteggi sia dei pazienti che dei terapeuti relativi all'alleanza terapeutica erano più alti nella SFT. Il terzo studio²⁹ ha valutato e messo a confronto il rapporto costo-efficacia dei due modelli. I risultati dello studio mostrano che, nel complesso, la SFT è un trattamento più efficace in termini di costi-benefici rispetto alla TFP.

Yeomans³⁰ in una lettera agli *Archives of General Psychiatry* ha commentato lo studio di Giesen-Bloo et al. del 2006, evidenziandone i limiti metodologici. Nello studio considerato sembra infatti che i pazienti del gruppo trattato con TFP fossero più sintomatici al *baseline* rispetto al gruppo SFT e che il metodo di selezione dei terapeuti

TABELLA II.Ricerche sulla TFP. *Researches on TFP.*

Studio	N.	Trattamento comparativo	Evidenze di efficacia
Clarkin et al., 2001	23	-	Sintomi, comp. suicidario, cond. fisiche, ospedalizzaz.
RCT Clarkin et al., 2004; Levy et al., 2006	90	DBT ST	Comp. Suicidario (TFP, DBT); rabbia e impulsività (TFP, ST); funzione riflessiva (TFP)
RCT Giesen-Bloo et al., 2006; Spinhoven et al., 2007	88	SFT	Maggior efficacia e maggiore all. terapeutica della SFT
CE Van Asselt et al., 2008	88	SFT	Maggiore riduzione costi (SFT)
RCT Doering et al., 2010	104	ECP	Drop-out, comp. suicidari, sint. borderline, funz. sociale, org. di personalità

RCT: *Randomized Controlled Trial*; CE: *Cost-Effectiveness*; TAU: *Treatment As Usual*; ST: *Supportive Therapy*; ECP: *Experienced Community Psychotherapists*.

meriti alcune precisazioni. Nello studio di Giesen-Bloo et al.²⁶, infatti, viene affermato che i terapeuti selezionati per entrambi i gruppi sono tutti esperti nel proprio modello di riferimento. Come sottolinea Yeomans³⁰, invece, i terapeuti del gruppo TFP avevano anni di esperienza nell'ambito della psicoterapia psicodinamica, ma non specificatamente nella TFP, che deriva dalla psicoterapia psicodinamica classica ma ne differisce sotto numerosi punti di vista. In sostanza Yeomans ritiene che lo studio di Giesen-Bloo et al. abbia confrontato la SFT con una terapia psicodinamica usuale, dal momento che alcuni terapeuti TFP riuscivano ad aderire al modello, mentre altri no. Nel 2010 sono stati pubblicati i risultati di un RCT che comparava la TFP con un trattamento condotto da terapeuti di comunità esperti³¹. Un campione di 104 donne è stato trattato in un contesto ambulatoriale per un anno con TFP oppure da uno psicoterapeuta di comunità esperto. Soltanto il 38,5% dei soggetti del gruppo TFP ha abbandonato il trattamento prematuramente contro il 67,3% dei soggetti trattati da un terapeuta di comunità esperto. La percentuale di partecipanti che hanno effettuato tentativi di suicidio si è ridotta in misura significativamente maggiore nella TFP rispetto al trattamento psicoterapeutico di comunità (13,7 vs. 21,2%). La TFP ha avuto, inoltre, un impatto significativamente superiore sulle diverse aree della sintomatologia borderline, sul funzionamento sociale e sull'organizzazione di personalità, al punto che dopo un anno di TFP il 51,2% dei soggetti non soddisfaceva più i criteri per il BPD del DSM-IV-TR³², contro il 27,6% dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo. In entrambi i gruppi sono stati riscontrati miglioramenti significativi nei domini di depressione e ansia e nel livello di psicopatologia generale. Il comportamento autolesivo è rimasto, invece, invariato in entrambe le condizioni. Una possibile spiegazione di quest'ultimo risultato può essere rintracciata nello studio

di Verheul et al.³³ sull'efficacia della DBT. I risultati di tale ricerca riportano un significativo miglioramento nel comportamento autolesivo dopo un anno di terapia solo negli individui in cui tale comportamento era molto grave, mentre in quelli in cui si presentava in maniera più lieve rimaneva sostanzialmente invariato. Nella ricerca di Doering et al.³¹ il campione sperimentale presentava un numero medio di sei atti autolesivi l'anno, un numero molto basso se confrontato con quello dei soggetti che ottenevano miglioramenti con la DBT, che ne avevano avuti almeno dieci durante l'anno precedente al trattamento. La bassa gravità dei comportamenti autolesivi nei partecipanti a questo studio può dunque spiegare la mancanza di risultati positivi³¹.

Dai risultati di queste ricerche (Tab. II) emerge che la TFP ha degli effetti sull'organizzazione di personalità³¹, che il trattamento è più efficace rispetto alla DBT per quanto riguarda la riduzione della rabbia e dell'impulsività²¹ e che si è dimostrato in grado di aumentare il livello di funzione riflessiva nei pazienti, a differenza della DBT e della Terapia Supportiva²².

Dialectical Behavior Therapy

L'efficacia della DBT ha ricevuto un considerevole supporto empirico, prevalentemente attraverso studi randomizzati controllati.

Linehan et al.³⁴ hanno condotto il primo RCT sull'efficacia della DBT. Un campione di 44 pazienti borderline, con una storia di comportamenti parasuicidari, è stato selezionato casualmente e sottoposto a DBT o a TAU. I pazienti sono stati valutati dopo 4, 8 e 12 mesi di trattamento. I risultati della ricerca hanno mostrato che il gruppo DBT a ogni valutazione presentava una maggiore diminuzione del comportamento parasuicidario e dei rischi a esso associati e una minor frequenza e durata delle ospedalizzazioni rispetto al gruppo di controllo.

Entrambi i gruppi, senza differenze significative tra i due, risultavano migliorati per quanto riguarda depressione, ideazione suicidaria e mancanza di speranza o di ragioni di vita. Il tasso di drop-out è stato notevolmente inferiore nel gruppo DBT (l'83,3% dei pazienti ha infatti portato a termine l'intero trattamento, contro il 42% dei controlli). Koons et al.³⁵ hanno realizzato un RCT analogo (DBT vs. TAU) su 20 donne con BPD, il 40% delle quali con anamnesi positiva per comportamento parasuicidario. Dopo soli 6 mesi la DBT è risultata superiore al TAU nel ridurre i sintomi di rabbia, depressione, ideazione suicidaria e gli agiti autolesivi, mentre la sintomatologia ansiosa non mostrava miglioramenti in nessuna delle due condizioni.

Nel 1994 un RCT³⁶ su un campione di 26 donne con BPD, ha comparato l'efficacia della DBT e del TAU nell'area interpersonale. I risultati dello studio evidenziano che i soggetti del gruppo DBT che avevano portato a termine il trattamento mostravano ridotti livelli di rabbia, un miglior funzionamento sociale e migliori punteggi alla GAF (*Global Assessment of Functioning*) rispetto al gruppo TAU. I soggetti del gruppo DBT inoltre valutavano il loro funzionamento sociale più positivamente rispetto ai controlli. Tali risultati dimostrano l'efficacia della DBT come trattamento psicosociale volto a migliorare il funzionamento sociale dei pazienti con BPD.

Verheul et al.³³, in uno studio precedentemente citato, hanno messo a confronto DBT e TAU prendendo in considerazione l'impatto che la gravità del paziente al *baseline* ha sull'effetto della terapia. Le variabili considerate per la valutazione dell'outcome sono state il proseguimento del trattamento e il decorso di comportamenti suicidari e autolesivi. La DBT si è mostrata più efficace del TAU in tutti gli ambiti considerati e in maggior misura per i pazienti che mostravano un maggiore livello di gravità al *baseline*.

Un recente RCT³⁷ su un campione di 180 pazienti con BPD ha valutato l'efficacia clinica della DBT comparata con quella di un trattamento psichiatrico generico (*General Psychiatric Management*) che includeva una combinazione di terapia psicodinamicamente informata e cure mediche sintomo-specifiche per la cura del BPD. I pazienti sono stati valutati al *baseline* e ogni 4 mesi durante il periodo di trattamento. Entrambi i gruppi dopo un anno mostravano miglioramenti significativi nella frequenza e nella gravità del comportamento autolesivo, nella sintomatologia borderline e depressiva, nel livello di rabbia e nel funzionamento sociale. Avevano inoltre ridotto il ricorso ai servizi sanitari, incluse visite d'emergenza e ricoveri. In nessuna delle variabili considerate è stata rilevata una differenza significativa tra i due gruppi. I risultati di questa ricerca, in contrasto con le precedenti, suggeriscono che i pazienti con BPD beneficiano in ugual misura della DBT così come di un altro trattamento

ben specificato e condotto da psichiatri esperti nella cura di questo disturbo.

La DBT è stata applicata anche a pazienti con BPD in comorbidità con abuso di sostanze o disturbi del comportamento alimentare, considerati espressione del discontrollo comportamentale. Linehan et al.³⁸ hanno condotto un RCT su un campione di 28 donne con BPD dipendenti da sostanze. La ricerca si proponeva di confrontare l'efficacia della DBT rispetto al TAU. I soggetti sono stati valutati dopo 4, 8 e 12 mesi di trattamento e a un follow-up dopo 16 mesi. Il gruppo DBT aveva ridotto maggiormente l'uso di droghe (rilevato sia con l'utilizzo di interviste strutturate sia mediante l'analisi delle urine) rispetto al TAU durante l'anno di trattamento e al follow-up. Il gruppo DBT ha mostrato inoltre una minor percentuale di drop-out rispetto al TAU (36 vs. 73%) e al follow-up presentava sostanziali miglioramenti nel funzionamento globale e sociale.

Un secondo RCT realizzato da Linehan et al.³⁹ ha confrontato la DBT con la *Comprehensive Validation Therapy* associata al programma dei 12 passi (CVT + 12s), in un campione di 23 donne con BPD e dipendenza da eroina. Le pazienti oltre al trattamento psicoterapico ricevevano tre volte alla settimana una terapia con agonisti degli oppioidi. In entrambi i gruppi si è rilevata una riduzione della condotta d'abuso. Le pazienti trattate con DBT mantenevano questo miglioramento 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. A differenza che negli altri studi citati finora il tasso di drop-out è stato più alto nella DBT. Infatti tutte le pazienti in trattamento con CVT + 12s hanno portato a termine lo studio, mentre solo il 64% del gruppo DBT ha concluso i 12 mesi di trattamento.

In un lavoro dello stesso anno⁴⁰ e nel successivo studio di follow-up⁴¹ è stata valutata nuovamente l'efficacia della DBT nel ridurre le condotte di abuso e la sintomatologia borderline (comportamento parasuicidario). La DBT è stata comparata col TAU in un campione di 58 pazienti con sola diagnosi di BPD o con doppia diagnosi (BPD + abuso di sostanze). Le pazienti trattate con DBT dopo un anno mostravano una riduzione significativa del comportamento parasuicidario, rispetto alle pazienti sottoposte a TAU. Tale diminuzione era direttamente proporzionale alla gravità del comportamento al *baseline*. Il gruppo DBT era migliorato sensibilmente anche in altre aree problematiche correlate all'impulsività come il *binge eating*, il gioco d'azzardo e la guida spericolata. Tuttavia, in contrasto con i risultati dei precedenti studi, in nessuno dei due gruppi si è osservata una riduzione del comportamento di abuso di sostanze.

Per quanto riguarda l'applicazione della DBT a pazienti borderline con disturbi del comportamento alimentare in comorbidità, Chen et al.⁴² hanno condotto uno stu-

dio della durata di 6 mesi su un campione di 8 donne borderline, di cui 5 con *binge eating disorder* e 3 con bulimia nervosa in comorbidità. Le pazienti sono state valutate prima del trattamento, alla fine di esso e a un follow-up dopo 6 mesi mediante l'impiego di interviste cliniche strutturate. Al termine del trattamento la DBT ha dato buoni risultati per quanto riguarda il controllo del disturbo del comportamento alimentare. Per quanto riguarda, invece, altri disturbi di asse I non legati al comportamento alimentare e i comportamenti parasuicidari e autolesionistici la DBT ha dato risultati modesti. Al follow-up invece le pazienti hanno mostrato miglioramenti anche in questi ambiti.

In tutti questi studi è difficile determinare con certezza se i miglioramenti ottenuti dai soggetti sottoposti a DBT siano dovuti a elementi specifici di questo trattamento oppure a fattori aspecifici, come ad esempio la grande quantità di tempo dedicato al paziente o il livello di esperienza del terapeuta. A sostegno dell'ipotesi che l'efficacia della DBT sia determinata dalle caratteristiche specifiche della stessa, piuttosto che da altri fattori, è stato condotto anche un RCT su un campione di 101 pazienti con BPD⁴³. Un anno di DBT è stato comparato con un anno di trattamento non comportamentale fornito da terapeuti esperti (*Community Treatment By Experts*, CTBE). Per quanto riguarda i terapeuti sono state controllate le variabili riguardanti il genere, la disponibilità, l'esperienza, il training e la fedeltà al proprio modello teorico. I pazienti sono stati bilanciati per età, storia di tentativi suicidari, indicazioni prognostiche, quantità di atti autolesivi durante l'arco di vita e numero di ospedalizzazioni. Venivano fatte valutazioni trimestrali in cieco su comportamenti suicidari, utilizzo dei servizi d'emergenza e funzionamento psicologico generale. La DBT è risultata associata a un miglior outcome nella maggior parte delle aree considerate durante il trattamento e durante l'anno di follow-up. Il gruppo DBT ha mostrato infatti una percentuale più bassa di tentativi suicidari durante i due anni della ricerca rispetto al gruppo CTBE (6,2 vs. 12,2%). Nello stesso periodo il gruppo DBT ha usufruito dei servizi d'emergenza in misura significativamente minore rispetto al gruppo CTBE. I valori relativi alle variabili depressione, ideazione suicidaria e mancanza di ragioni di vita sono migliorati in entrambi i gruppi senza differenze significative, in accordo con i risultati ottenuti da Linehan et al. nel 1991³⁴. Come ultimo risultato la DBT si è dimostrata due volte più efficace nel mantenere i pazienti in terapia (25 vs. 59% di drop-out rispettivamente nel gruppo DBT e CTBE). I risultati di questo studio indicano che l'efficacia della DBT non può essere ragionevolmente attribuita soltanto a fattori aspecifici associati al ricevere una psicoterapia da parte di esperti.

Stepp et al.⁴⁴ hanno testato l'effetto dell'utilizzo delle abilità DBT sulle caratteristiche del BPD, come misurate

dal *Personality Assessment Inventory- Borderline features scale* (PAI-BOR)⁴⁵. I partecipanti erano 27 pazienti, impegnati in un programma DBT. Ogni settimana i pazienti compilavano delle schede di diario sulle abilità usate e all'inizio di ogni nuovo modulo di abilità completavano un altro PAI-BOR. I risultati delle analisi univariate e multivariate hanno mostrato significativi miglioramenti nel punteggio totale al PAI-BOR e in numerose sottoscale. I risultati hanno anche messo in luce che l'uso delle abilità DBT cresceva nel tempo, così come aumentavano le abilità individuali relative alla *mindfulness*, all'efficacia interpersonale, alla regolazione delle emozioni e alla tolleranza dello stress. L'uso delle abilità DBT ha mostrato un effetto significativo sul punteggio totale al PAI-BOR e sui punteggi relativi alle sottoscale Instabilità affettiva, Problemi d'identità e Relazioni interpersonali negative.

Uno studio recente⁴⁶ ha cercato di testare empiricamente una delle ipotesi teoriche della DBT, ovvero che l'insegnamento di abilità specifiche durante lo *skills training* aiuti gli individui con BPD a rimpiazzare i comportamenti maladattivi con nuovi comportamenti appresi. È stato esaminato l'uso di una serie di abilità in un campione di 108 donne con BPD durante un anno di trattamento e a 4 mesi di follow-up. Anche se tutte le partecipanti riportavano di aver usato alcune delle abilità considerate nella DBT prima dell'inizio del trattamento, il gruppo DBT dichiarava di usarne il triplo rispetto al gruppo TAU dopo il trattamento. Un significativo effetto di mediazione stava a indicare che l'uso delle abilità DBT mediava interamente la riduzione dei tentativi di suicidio, del livello di depressione e l'aumento della capacità di gestire la rabbia. L'uso di queste abilità mediava inoltre parzialmente la riduzione degli atti autolesivi senza intento suicidario. La soppressione e l'espressione della rabbia non risultavano, invece, mediate. Questo studio è il primo che supporta chiaramente il modello del deficit di competenze per il BPD indicando che l'aumento nell'uso di queste ultime è un meccanismo di cambiamento per quanto riguarda il comportamento suicidario, la depressione e il controllo della rabbia.

Linehan et al.⁴⁷ hanno condotto un RCT in doppio cieco con l'obiettivo di testare se l'uso concomitante di olanzapina aumentasse l'efficacia della DBT nel ridurre la rabbia e l'ostilità nei pazienti con BPD. A questo scopo, 24 donne con una diagnosi di BPD secondo i criteri del DSM-IV-TR⁴⁸ e un elevato livello di irritabilità e rabbia hanno ricevuto 6 mesi di DBT. La metà dei soggetti (selezionata casualmente) ha ricevuto insieme alla DBT basse dosi di olanzapina, mentre l'altra metà ha ricevuto un placebo. Entrambi i gruppi dopo il trattamento mostravano significativi miglioramenti nei livelli di irritabilità, aggressività, autolesionismo e depressione. I punteggi relativi a irritabilità e aggressività tendevano a diminuire più velocemente nel gruppo che riceveva olanzapina

rispetto al gruppo placebo, mentre il contrario accadeva per il comportamento autolesivo. L'utilizzo di olanzapina potrebbe dunque promuovere un processo più rapido di riduzione dell'aggressività e dell'irritabilità nei pazienti borderline. Nonostante ciò entrambi i gruppi di soggetti che hanno ricevuto la DBT sono andati incontro a un consistente miglioramento in quest'area.

Sono stati inoltre condotti diversi studi volti a dimostrare l'efficacia di versioni modificate della DBT. In quest'ambito Barley et al.⁴⁹ hanno condotto un RCT con lo scopo di testare l'efficacia di una versione intensiva della DBT applicabile in regime di ricovero. Il gruppo di controllo veniva sottoposto a TAU all'interno di un'unità ospedaliera equivalente a quella del gruppo DBT. Gli Autori della ricerca hanno trovato che i comportamenti parasuicidari si riducevano in misura maggiore nel gruppo DBT rispetto al controllo, dimostrando l'efficacia della terapia anche in questo contesto.

Springer et al.⁵⁰ hanno condotto un secondo RCT per valutare l'efficacia della versione intensiva della DBT. Un campione di 31 soggetti (di cui 13 borderline) è stato assegnato casualmente a un gruppo di competenze o a un gruppo di controllo di discussione sul benessere. Sono state prese in considerazione la diagnosi, la storia di trattamenti psichiatrici, i comportamenti parasuicidari e il funzionamento sociale. Durante la degenza entrambi i gruppi hanno ottenuto miglioramenti per quanto riguarda il funzionamento sociale e i comportamenti parasuicidari ma senza differenze significative tra il gruppo sperimentale e il controllo. È stata poi eseguita una seconda analisi dei dati solo sui 13 soggetti con diagnosi di BPD, ottenendo i medesimi risultati.

Bohus et al.⁵¹ hanno testato la versione intensiva della DBT in uno studio non controllato condotto su 24 pazienti di sesso femminile. Dai risultati è emersa una riduzione della sintomatologia globale, ansiosa e depressiva, dei sintomi dissociativi e del comportamento parasuicidario nei pazienti che avevano ricevuto il trattamento.

L'efficacia della DBT intensiva sulla sintomatologia globale è stata confermata in uno studio su 50 pazienti ricoverati (44 donne e 6 uomini) con un'alta percentuale di comorbidità di Asse I e II. I benefici ottenuti con la terapia permanevano al follow-up di 30 mesi dopo le dimissioni⁵².

Turner⁵³ ha proposto un adattamento della DBT per il setting dei centri di salute mentale, includendo lo *skills training* nelle sedute di terapia individuale ed eliminando quelle di gruppo. L'Autore ha confrontato questa variante della DBT con una psicoterapia cognitivo-comportamentale standard (CBT) evidenziandone la maggiore efficacia su quasi tutte le variabili considerate. Miglioravano infatti in misura maggiore rispetto al controllo la sintomatologia globale, l'ideazione suicidaria, la rabbia, l'impulsività e la depressione. La sintomatologia ansiosa rimaneva so-

stanzialmente invariata, senza differenze significative tra i due gruppi.

Soler et al.⁵⁴ hanno confrontato, in un RCT, l'efficacia della DBT con *skills training* (DBT-ST) con quella della terapia di gruppo standard (SGT) in 60 pazienti con BPD. 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 e un minor tasso 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.

Nel complesso (Tab. III), la DBT si è dimostrata efficace nel ridurre i comportamenti ad alto rischio e le condotte autolesive nei pazienti borderline e si è rivelata utile con pazienti con BPD e disturbi del comportamento alimentare. Il trattamento è risultato efficace anche con pazienti con BPD in comorbidità con abuso di sostanze per quanto riguarda la sintomatologia borderline, mentre rimangono controversi i dati riguardanti la condotta d'abuso. Nessun effetto significativo è stato evidenziato sui sintomi depressivi né sul livello di soddisfazione generale del paziente.

Schema Focused Therapy

Nel 2009 Farrel et al.⁵⁵ hanno condotto un RCT su 32 pazienti con BPD, mettendo a confronto la SFT con il TAU. I pazienti sono stati sottoposti a 30 sedute a cadenza settimanale, di 90 minuti ciascuna. Il gruppo SFT presentava, al termine del trattamento, rispetto al gruppo TAU, un minor numero di *drop-out*, una significativa riduzione della sintomatologia globale e di quella correlata al BPD. Il 94% dei pazienti sottoposti a SFT non soddisfaceva più i criteri diagnostici per il BPD secondo il DSM-IV-TR⁴⁸, mentre nel 92% dei soggetti sottoposti a TAU era ancora possibile fare una diagnosi di questo tipo.

Tre studi olandesi, già citati in questo lavoro, hanno messo a confronto l'efficacia della SFT e della TFP. Il primo è l'RCT multicentrico di Giesen-Bloo et al.²⁶. Il campione, 88 soggetti con un punteggio al BPDSI-IV²⁷ superiore a 20, è stato sottoposto a tre anni di SFT o di TFP, due volte a settimana. I pazienti sono stati valutati al *baseline* e ogni 3 mesi per tutta la durata del trattamento per quanto riguarda il punteggio al BPDSI-IV, la qualità della vita e il livello di psicopatologia generale (misurati attraverso questionari self-report). I risultati di questa ricerca rilevano una maggior percentuale di *drop-out* nella TFP (50%) rispetto alla SFT (27%). Entrambi i gruppi a ogni misurazione presentavano miglioramenti clinicamente significativi in tutte le variabili considerate. Alla fine dei tre anni di trattamento, comunque, la SFT risultava più efficace per quanto riguarda il punteggio al BPDSI-IV, la qualità di vita e il livello di psicopatologia generale.

TABELLA III.Ricerche sulla DBT. *Researches on DBT.*

Studio	N.	Intervento comparativo	Risultati principali
RCT Linehan et al., 1991	44	TAU	Comp. parasuicidario, ospedalizzaz., drop-out
RCT Koons et al., 2001	20	TAU	Rabbia, depressione, ideaz. suicidaria, agiti autolesivi
RCT Linehan et al., 1994	26	TAU	Rabbia, funz. sociale, GAF
RCT Verheul et al., 2003	58	TAU	Comp. suicidari e autolesivi, proseguim. trattam.
RCT McMain et al., 2009	180	GPM	Nessuna differenza
RCT* Linehan et al., 1999	28	TAU	Abuso sostanze, drop-out, funz. sociale e globale
RCT* Linehan et al., 2002	23	CVT + 12s	Mantenimento riduz. sostanze, drop-out (CVT+12s)
RCT* Van den Bosch et al., 2002	58	TAU	Comp. parasuicidario, impulsività
FU* Van den Bosch et al., 2005	58	TAU	Efficacia a lungo termine
Chen et al., 2008**	8	-	Controllo del dist. comp. alim.
RCT Linehan et al., 2006	101	ECP	Comp. suicidario, uso serv. emergenza, drop-out
Stepp et al. 2008	27	-	Mindfulness, efficacia interspers., regolaz. Emoz., toller. stress
RCT Neacsu et al., 2010	108	TAU	Efficacia dello <i>skills training</i> DBT per comp. suicidario, depressione e controllo rabbia
RCT Linehan et al., 2008	24	DBT + olanzapina	Irritabilità e aggressività (DBT + olanzapina), comp. auto lesivi (DBT)
RCT*** Barley et al., 1993	-	TAU (inpatients)	Comp. parasuicidari
RCT*** Springer et al., 1995	31	TAU (inpatients)	Nessuna differenza
Bouhs et. al, 2000***	24	-	Sintomi ansiosi, depressivi, dissociativi e comp. parasuicidario
Kroger et al. 2006***	50	-	Sintomatologia globale
RCT Turner, 2000	24	CBT	Sintomatologia globale, ideaz. suicidaria, rabbia, impulsività, depressione
RCT Soler et al., 2009	60	SGT	Aderenza alla terapia, drop-out, sintomatologia globale, depressione, ansia, irritabilità, sintomi psicotici

RCT: *Randomized Controlled Trial*; FU: *Follow-up*; TAU: *Treatment As Usual*; GPM: *General Psychiatric Management*; CVT+12s: *Comprehensive Validation Therapy + 12 steps*; ECP: *Experienced Community Psychotherapists*; CBT: *Cognitive-Behavioral Therapy*; * Comorbilità con uso di sostanze; ** Comorbilità con disturbi alimentari; *** DBT intensiva.

Van Asselt et al.²⁹ hanno valutato i costi in relazione all'efficacia delle stesse terapie (SFT e TFP) in un campione di 86 pazienti con BPD. Le variabili considerate erano i costi per ogni paziente trattato con successo (valutato attraverso il BPDSI-IV) e i costi relativi al miglioramento della qualità e della durata della vita (misurata in QALYs, *Quality Adjustment Life Years*). I costi calcolati in 4 anni di trattamento sono stati in media di 37 826 € per la SFT e 46 795 € per la TFP. Il valore del QALYs era di 2,15 per la SFT e di 2,27 per la TFP. I pazienti trattati con successo erano rispettivamente il 52% e il 29%. Nonostante l'apparente svantaggio della SFT nel migliorare la qualità e la durata della vita, l'insieme dei risultati indica che la terapia di Young è migliore rispetto alla TFP in termini di costo-efficacia.

Spinhoven et al.²⁸ hanno indagato la qualità e lo svi-

luppo dell'alleanza terapeutica come mediatore di cambiamento nella SFT e nella TFP. È stato selezionato un campione di 78 pazienti con BPD che è stato sottoposto a 3 anni di SFT o di TFP. I punteggi assegnati sia dai pazienti che dai terapeuti all'alleanza terapeutica erano più alti nel gruppo SFT rispetto al gruppo TFP. Valutazioni negative da parte dei terapeuti e dei pazienti nelle fasi precoci del trattamento erano predittive di drop-out, mentre l'aumentare della positività di tale valutazione da parte del paziente durante la prima metà del trattamento era predittiva di un successivo miglioramento clinico (misurato attraverso il BPDSI-IV). Differenze tra i pazienti e i terapeuti nelle caratteristiche patologiche di personalità (misurate con lo *Young Schema Questionnaire*; YSQ⁴ e con l'*Inventory of Personality Organization*, IPO⁵⁶) avevano un effetto diretto sullo sviluppo dell'al-

TABELLA IV.Ricerche sulla SFT. *Researches on SFT.*

Studio	N.	Trattamento comparativo	Evidenze di efficacia
RCT Farrel et al., 2009	32	TAU	Drop-out, sintomatologia globale, sintomatologia BPD
RCT Giesen-Bloo et al., 2006; Spinhoven et al., 2007	88	TFP	Maggior efficacia e maggiore all. terapeutica
CE Van Asselt et al., 2008	88	TFP	Maggior riduzione costi
RCT Nadort et al. 2009	62	SFT + TTA	Nessuna differenza
Nordhal e Nysaeter, 2005	6	- (single case)	Miglioramenti clinici
Ball e Young, 2000*	3	- (single case)	Miglioramenti clinici
RCT* Ball, 2007	30	12s	Decremento uso sostanze, alleanza terapeutica, affetti disforici (12s)

RCT: *Randomized Controlled Trial*; CE: *Cost-Effectiveness*; TAU: *Treatment As Usual*; TTA: *Therapist Telephone Availability*; 12s: 12 steps; * Comorbidità con uso di sostanze.

leanza terapeutica, ma non erano collegate al miglioramento clinico del paziente. Gli Autori hanno concluso che l'alleanza terapeutica e la tecnica specifica utilizzata interagiscono reciprocamente per facilitare i processi di cambiamento che sono alla base del miglioramento clinico dei pazienti con BPD.

Nadort et al.⁵⁷ hanno valutato l'efficacia aggiuntiva, rispetto alla SFT ambulatoriale canonica, del supporto telefonico da parte del terapeuta in caso di crisi (*Therapist Telephone Availability*, TTA). Un campione di 62 pazienti con BPD è stato assegnato casualmente al gruppo SFT senza TTA oppure al gruppo SFT con TTA. Tutti i soggetti sono stati valutati per quanto riguarda la sintomatologia borderline (utilizzando il BPDSI-IV), la qualità della vita (usando l'*EuroQol-Thermometer* e l'*EuroQol-5 Dimension*) e il livello generale di psicopatologia (con SCL-90-R¹⁸). È stato inoltre somministrato a tutti i soggetti lo YSQ⁴. I risultati non hanno evidenziato alcun valore aggiuntivo del TTA rispetto alla sola SFT in nessuna delle variabili considerate dopo 1,5 anni di trattamento.

Nordahl e Nysaeter⁵⁸ hanno condotto uno studio su 6 casi singoli di pazienti che avevano ricevuto una diagnosi di BPD secondo i criteri del DSM-IV-TR⁴⁸. I pazienti furono sottoposti a SFT con particolare enfasi sul *mode work* e sul *limited reparenting* (così chiamato perché la funzione di *reparenting* del terapeuta è limitata a ciò che è generalmente considerato appropriato fare all'interno del un setting terapeutico). Dopo un anno tre dei sei pazienti non soddisfacevano più i criteri per la diagnosi, mentre altri due avevano ottenuto comunque miglioramenti clinici significativi.

Per quanto riguarda i pazienti con BPD in comorbidità con un disturbo da uso di sostanze è stata sviluppata una variante della SFT, la *Dual Focus Schema Therapy* (DSFT)⁵⁹. Integrando l'approccio *Schema Focused* di

Young con interventi focalizzati sui sintomi, la DFST ha dimostrato empiricamente la sua efficacia nel trattamento del BPD e dell'abuso⁶⁰⁻⁶².

Dai risultati delle ricerche (Tab. IV) si evince che la SFT è più efficace rispetto al TAU nel ridurre la sintomatologia borderline. Gli studi olandesi, inoltre, concludono che la SFT ha un'efficacia maggiore rispetto alla TFP. Tali studi, però non sono stati giudicati esenti da errori metodologici³⁰.

Conclusioni

Dopo aver passato in rassegna gli studi empirici condotti sull'efficacia dei quattro modelli di trattamento si può concludere che tutti possono essere considerati efficaci nel trattare il BPD o quantomeno alcuni aspetti di esso. I benefici più evidenti delle psicoterapie presentate riguardano l'area dei comportamenti autolesivi, suicidari e parasuicidari. Il focus su tali comportamenti è ovvio se si considera che gli agiti di questo tipo rappresentano il principale motivo di ricovero per il paziente borderline e uno degli indicatori più importanti del deterioramento clinico e sociale del paziente.

Per quanto riguarda l'area della mentalizzazione, solo la TFP si è dimostrata in grado di aumentare il livello di funzione riflessiva (FR, variabile operazionalizzata del costrutto *mentalizzazione*) nei pazienti con BPD. Rispetto agli altri modelli, nessuno studio empirico è stato ancora condotto al fine di valutare cambiamenti in quest'area, nonostante i fondamenti teorici del MBT, che pongono il deficit nella capacità di mentalizzare al centro della patologia borderline.

I quattro modelli si sono dimostrati efficaci nel ridurre i comportamenti autolesivi, suicidari e parasuicidari. La TFP è il trattamento più efficace nel ridurre la rabbia e l'impulsività legate al disturbo, mentre la DBT ha dimo-

TABELLA V.Parametri di efficacia dei quattro modelli. *Efficacy parameters of the four models.*

	Mentalizzazione	Disregolazione	Durata/Stabilità
MBT	Nessuno studio empirico	Comp. autolesivi, suicidari e parasuicidari	Efficacia e stabilità a lungo termine
TFP	Aumento della funzione riflessiva	Comp. autolesivi, suicidari e parasuicidari Rabbia Impulsività	Effetti sull'organizzazione di personalità
DBT	Nessuno studio empirico	Comp. autolesivi, suicidari e parasuicidari Disturbi del comportamento alimentare Abuso di sostanze?	Efficacia e stabilità a lungo termine
SFT	Nessuno studio empirico	Sintomatologia borderline Qualità della vita	Efficacia e stabilità a lungo termine?

strato empiricamente la sua efficacia nel trattare i disturbi del comportamento alimentare, uno dei sintomi della profonda disregolazione. Per quanto riguarda l'abuso di sostanze i dati sono invece maggiormente controversi. I cambiamenti ottenuti con il trattamento, hanno dimostrato una certa durata e stabilità a lungo termine, qualunque fosse il modello utilizzato. Per la SFT, che non nasce specificatamente come un trattamento rivolto al BPD, questa conclusione deve essere confermata, data la scarsità di studi di follow-up presenti in letteratura che si concentrino sulla popolazione borderline. I risultati ottenuti da ciascun modello nelle diverse aree sono riassunti in Tabella V.

Rifacendosi ai criteri dall'*American Psychiatric Association*, infine, si può affermare che la superiorità empiricamente dimostrata rispetto al TAU o ad altre forme di psicoterapia, le sperimentazioni tutte condotte utilizzando i rispettivi manuali, le caratteristiche del campione sempre ben specificate e gli effetti dimostrati da più di un gruppo di ricerca permettono di definire TFP, DBT e SFT trattamenti *ben consolidati* per il BPD.

Il MBT soddisfa, invece, tutti i precedenti criteri eccetto uno, essendo i suoi effetti dimostrati soltanto dal gruppo di ricerca che fa capo agli ideatori stessi del trattamento. Per questo motivo, il trattamento di Bateman e Fonagy può essere definito *probabilmente efficace* per il BPD.

Bibliografia

- Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press 2004. Tr. it.: *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Cortina 2006.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Tr. it.: *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali*. Roma: Fioriti 2011.
- Linehan MM. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, London: The Guilford Press 1993. Tr. it.: *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline, Il modello dialettico*. Milano: Cortina 2001.
- Young JE, Klosko JS, Weishar EM. *Schema Therapy*. New York: Guilford Press 2003. Tr. it.: *Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*. Firenze: Eclipsi 2007.
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al. *Update on empirically validated therapies, II*. Clin Psychol 1998;51:3-16.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al. *Borderline personality disorder*. Lancet 2004;364:453-61.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, et al. *Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder*. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD005653.
- Bolwy J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Book 1998. Tr. it.: *Una base sicura*. Milano: Cortina 1989.
- Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson 1975. Tr. it.: *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri 1978.
- Bateman A, Fonagy P. *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial*. Am J Psychiatry 1999;156:1563-69.
- Bateman A, Fonagy P. *Treatment of Borderline Personality Disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: a 18 month follow-up*. Am J Psychiatry 2001;158:36-42.
- Bateman A, Fonagy P. *Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care*. Am J Psychiatry 2003;160:169-71.
- Bateman A, Fonagy P. *8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual*. Am J Psychiatry 2008;165:631-8.
- Bateman A, Fonagy P. *Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical*

- cal management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-64.
- 15 Jorgensen KR, Kjolbye M. *Outcome of psychoanalytically outpatient treatment of borderline personality disorder: a pilot study.* *Nord Psykol* 2007;59:164-80.
 - 16 Beck AT, Steer RA. *Beck Anxiety Inventory Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Co. 1993.
 - 17 Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. *An inventory for measuring depression.* *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
 - 18 Derogatis LR. *Administration Scoring and Procedures Manual for the SCL-90-R.* Minneapolis, MN: National Computer Systems 1994.
 - 19 Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN. *The development of a psychodynamic treatment for borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change.* *J Pers Disord* 2001;15:487-95.
 - 20 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - IV ed. (DSM-IV).* Washington, DC: American Psychiatric Publishing 1994.
 - 21 Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al. *The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Controlled Trial for Borderline Personality Disorder: rationale, methods and patient characteristics.* *J Pers Disord* 2004;18:52-72.
 - 22 Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, et al. *Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy.* *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1027-40.
 - 23 Fonagy P, Target M. *Reflecting Functioning Manual: Version 5. For application to Adult Attachment Interviews.* London: University College. Unpublished manual 1988.
 - 24 George C, Kaplan N, Main M. *Adult Attachment Interview.* Berkeley: University of California, unpublished manuscript 1985.
 - 25 Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, et al. *Transference focused psychotherapy: overview and update.* *Int J Psychoanal* 2008;89:601-20.
 - 26 Giesen-Bloo J, van Dick R, Spinhoven P, et al. *Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema focused therapy vs. Transference focused psychotherapy.* *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58.
 - 27 Giesen-Bloo J, Lieven M, Wachters ES, et al. *The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure.* *Pers Individ Diff* 2010;49:136-41.
 - 28 Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dick R, et al. *The therapeutic alliance in Schema Focused Therapy and Transference Focused Therapy for Borderline Personality Disorder.* *J Consult Clin Psychol* 2007;1:104-15.
 - 29 Van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, et al. *Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy vs. transference focused psychotherapy.* *Br J Psychiatry* 2008;192:450-7.
 - 30 Yeomans FE. *Questions Concerning the Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy.* *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:609-10.
 - 31 Doering S, Horz S, Rentrop M, et al. *Transference focused psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial.* *Br J Psychiatry* 2010;196:389-95.
 - 32 American Psychiatric Association. *DSM IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Text revision - IV ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
 - 33 Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, et al. *Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands.* *Br J Psychiatry* 2003;182:135-40.
 - 34 Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. *Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients.* *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-4.
 - 35 Koons C, Robin CJ, Tweed JL. *Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder.* *Behav Ther* 2001;32:371-90.
 - 36 Linehan MM, Turtek DA, Heard HL, et al. *Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients.* *Am J Psychiatry* 1994;151:1771-6.
 - 37 McMair SF, Links PS, Gnam WH, et al. *A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder.* *Am J Psychiatry* 2009;166:1365-74.
 - 38 Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, et al. *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence.* *Am J Addict* 1999;8:279-92.
 - 39 Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, et al. *Dialectical behavior 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.
 - 40 Van den Bosch LM, Verheul R, Scippers GM, et al. *Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long term effects.* *Addict Behav* 2002;27:911-23.
 - 41 Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, et al. *Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder.* *Behav Res Ther* 2005;43:1231-41.
 - 42 Chen EY, Matthews L, Allen C, et al. *Dialectical Behavior Therapy for clients with binge eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder.* *Int J Eat Disord* 2008;41:505-12.
 - 43 Linehan MM, Comtois KA, Murray MA, et al. *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. Therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder.* *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-66.
 - 44 Stepp SD, Epler AJ, Jahng S, et al. *The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features.* *J Pers Disord* 2008;22:549-63.
 - 45 Morey CL. *Personality assessment inventory: professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources

- 1991.
- ⁴⁶ Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder*. Behav Res Ther 2010;48:832-9.
- ⁴⁷ Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, et al. *Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study*. J Clin Psychiatry 2008;69:999-1005.
- ⁴⁸ American Psychiatric Association. *DSM IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Text revision*. Fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- ⁴⁹ Barley W, Buie SE, Peterson EW, et al. *Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder*. J Pers Disord 1993;7:232-40.
- ⁵⁰ Springer T, Lohr NE, Buchtel HA, et al. *A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders*. J Psychother Pract Res 1995;5:57-71.
- ⁵¹ Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, et al. *Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: a prospective study*. Behav Res Ther 2000;38:875-87.
- ⁵² Kroger C, Schweiger U, Sipos V, et al. *Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting*. Behav Res Ther 2006;44:1211-7.
- ⁵³ Turner RM. *Naturalistic evaluation of dialectical behavioral therapy-oriented treatment for borderline personality disorder*. Cognit Behav Pract 2000;7:413-9.
- ⁵⁴ Soler J, Pascual JC, Tiana T, 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.
- ⁵⁵ 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.
- ⁵⁶ Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF. *The inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University 2001.
- ⁵⁷ Nadort M, Arntz A, Smit JH, et al. *Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial*. Behav Res Ther 2009;47:961-73.
- ⁵⁸ Nordahl HM, Nysaeter TE. *Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005;36:254-64.
- ⁵⁹ Ball S. *Manualized treatment for substance abusers with personality disorder: Dual Focus Schema Therapy*. Addict Behav 1998;23:883-91.
- ⁶⁰ Ball S, Young J. *Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results*. Cogn Behav Pract 2000;7:270-81.
- ⁶¹ Ball SA. *Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients*. J Pers Disord 2007;21:305-21.
- ⁶² Kienast T, Foester J. *Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence*. Curr Opin Psychiatry 2008;21:619-24.