

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: PSICOTERAPIE MANUALIZZATE E RELATIVI STUDI DI EFFICACIA

Benedetta Russo e Antonio Semerari

Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva (Roma)
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC) (Roma)

Riassunto

Gli studi empirici per valutare l'efficacia dei trattamenti per il Disturbo Borderline di Personalità sono ancora relativamente pochi.

Obiettivo di questo lavoro è analizzare le più conosciute psicoterapie manualizzate per il trattamento del disturbo borderline di personalità ed i relativi principali studi di efficacia, al fine di confrontare l'efficacia dei vari trattamenti.

I dati attuali indicano che i soggetti che presentano comportamenti autolesivi e parasuicidari necessitano di terapie prolungate che comprendono numerosi trattamenti diversi, mentre i soggetti con prevalenza di sintomi legati al disturbo dell'identità e delle relazioni beneficiano di terapie individuali relativamente brevi.

Allo stato attuale delle evidenze, dunque, si potrebbe avanzare che il trattamento di scelta per il Disturbo Borderline di Personalità varia col variare delle caratteristiche psicopatologiche presentate dallo specifico paziente.

Il delineare diversi trattamenti efficaci per specifici aspetti psicopatologici di questo disturbo e l'integrare gli interventi efficaci dei diversi trattamenti in un'unica terapia sembrerebbero possibilità promettenti e vantaggiose per la pratica clinica.

Parole chiave: disturbo borderline di personalità, psicoterapie manualizzate, trattamenti basati sull'evidenza.

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: MANUALIZED PSYCHOTHERAPIES AND OUTCOME STUDIES

Summary

At the present time, few studies have examined the effectiveness of treatments for borderline patients.

The purpose of this paper is to examine the famous manualized psychotherapies for Borderline Personality Disorder and the main studies with evidence of efficacy, to compare the effectiveness of various treatments.

Current data show that subjects with self-damaging and parasuicidal behaviours call for long therapies with many and various treatments, while subjects with symptoms particularly pertinent to identity and relationship disorder benefit from individual and brief therapies.

So, for the time being, we could say that the first treatment for Borderline Personality Disorder changes according to patient's characteristics.

We suppose that to identify various and effective therapies for specific psychopathological components of this disorder and to integrate the effective interventions of various therapies in a single therapy will be advantageous to clinical practice.

Key words: Borderline Personality Disorder, manualized psychotherapies, evidence-based treatments.

Introduzione

Secondo il DSM-IV TR (APA 2002), il Disturbo Borderline di Personalità (*Borderline Personality Disorder* - BPD) è un quadro caratterizzato da instabilità dell'identità, delle relazioni interpersonali e dell'umore, nonché da impulsività.

Come per ogni disturbo di personalità, tali caratteristiche cliniche si presentano a partire dalla prima età adulta, in contesti diversi e in forma rigida, pervasiva, stabile nel tempo.

Il soggetto con BPD, dunque, sperimenta un disagio clinicamente significativo e la compromissione di aree importanti di funzionamento (es. area sociale ed area lavorativa).

I criteri per porre diagnosi di BPD sono 9, ma affinché la diagnosi sia soddisfatta ne bastano 5. Essendo, dunque, possibili 256 combinazioni dei criteri che fanno porre diagnosi e potendo verificarsi che due soggetti con BPD abbiano in comune un solo criterio diagnostico, la varietà fenomenologica del BPD risulta notevole.

La prevalenza del BPD viene stimata in circa il 2% della popolazione generale, in circa il 10% tra gli individui osservati in cliniche ambulatoriali per malattie mentali e in circa il 20% tra i pazienti psichiatrici ricoverati; tra le popolazioni cliniche con Disturbi di Personalità varia tra il 30% e il 60% (APA 2002).

Nel decorso del BPD vi è una variabilità considerevole. L'andamento più frequente è rappresentato da instabilità cronica nella prima età adulta (elevata compromissione del funzionamento, episodi di grave discontrollo affettivo e impulsivo, notevole ricorso alle strutture sanitarie) e miglioramento del funzionamento generale con l'avanzare dell'età (tra i 30 e i 40 anni la maggior parte dei soggetti raggiunge una maggiore stabilità nelle relazioni e nel funzionamento professionale; il rischio di suicidio, inoltre, gradualmente si abbassa e può svanire) (APA 2002; Zanarini et al. 2003).

Il BPD viene trattato principalmente in psicoterapia, talvolta affiancata o sostituita dalla farmacoterapia. Gli orientamenti teorici (supportivo, cognitivo-comportamentale, psicoanalitico, sistemico, integrato), i setting (individuale, di gruppo, familiare, multiplo) e i contesti (ambulatoriale, ospedaliero) della psicoterapia risultano vari (APA 2002; Stone 2006).

I soggetti in psicoterapia spesso mostrano un miglioramento (talvolta sin dal primo anno di terapia), sebbene aspetti di tratto come l'intensità emotiva e relazionale e l'impulsività permangono spesso per tutta la vita. Gli studi di follow-up su soggetti presi in carico in strutture di salute mentale indicano che dopo 10 anni dall'inizio della terapia almeno la metà di essi non presenta più tutti i criteri per la diagnosi del BPD (APA 2002; Zanarini et al. 2003).

Secondo le linee guida dell'APA (2001), il trattamento di prima scelta per il BPD è la psicoterapia (la terapia psicoanalitica e la terapia dialettico-comportamentale sono risultate efficaci sulla base di pochi studi controllati randomizzati), che dovrebbe essere affiancata ove necessario da una farmacoterapia per la riduzione della disregolazione emotiva, del comportamento impulsivo e dei sintomi percettivi.

La rilevante incidenza e la gravità del disturbo (in particolare gli elevati rischi relativi alla salute e alla vita del paziente, al drop-out del paziente e al burn-out del terapeuta), la mediocre

risposta ai trattamenti farmacologici ed il notevole ricorso ai servizi medici e psichiatrici (con relativo elevato dispendio di risorse economiche ed umane), ravvivano il dibattito sull'efficacia dei trattamenti per il BPD (Soloff 2000; Bender et al. 2001; Chiesa et al. 2002; Skodol et al. 2002).

Nonostante la rilevanza della questione, gli studi empirici per valutare l'efficacia dei trattamenti per il BPD risultano ancora pochi e metodologicamente limitati (ad esempio sono stati realizzati pochi esperimenti controllati randomizzati).

Per provare la propria efficacia rispetto al trattamento di un determinato disturbo, un approccio psicoterapeutico può esporre i propri principi teorici e le proprie tecniche in forma strutturata e riproducibile, ossia sottoforma di manuale; in tal modo, infatti, rende possibile una riproduzione fedele del proprio protocollo e la valutazione dell'efficacia dello stesso in studi sperimentali diversi, quindi impiegando campioni, sperimentatori e contesti diversi.

Obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare le più conosciute psicoterapie manualizzate per il trattamento del BPD ed i relativi principali studi di efficacia.

Le psicoterapie manualizzate per il trattamento del BPD

Le psicoterapie più conosciute per il trattamento del BPD che sono state manualizzate e sottoposte a prove di efficacia di vario genere risultano:

- a) la *Dialectical-Behavioral Therapy*;
- b) la *Cognitive Therapy for Personality Disorders*;
- c) la *Schema-Focused Therapy*;
- d) la *Cognitive Analytic Therapy*;
- e) il *Mentalization-Based Treatment*;
- f) la *Transference-Focused Therapy*.

Si richiamano i presupposti teorici e le linee terapeutiche essenziali di questi trattamenti.

a) *La Dialectical-Behavioral Therapy di M. Linehan*

La *Dialectical-Behavioral Therapy* (DBT) è un modello terapeutico ad orientamento cognitivo-comportamentale integrato che combina la terapia comportamentale con il modello dialettico.

Inizialmente si è sviluppato come trattamento ambulatoriale per pazienti borderline di sesso femminile che presentavano comportamenti autolesionistici. Sebbene la sua efficacia fosse stata valutata solo per tali pazienti, successivamente è stato manualizzato e adattato a tutti i pazienti borderline.

La teoria eziopatogenetica della Linehan assume che i pazienti con DBP presentano come deficit centrale una disfunzione del sistema di regolazione delle emozioni, disfunzione che si originerebbe da una vulnerabilità emotiva biologicamente determinata, associata ad un ambiente di vita invalidante rispetto alle emozioni.

Per ambiente invalidante la Linehan intende un ambito, in particolare quello familiare, nel quale l'espressione degli stati interni non viene riconosciuta nel suo valore e nella sua funzione, bensì imprevedibilmente invalidata (ad es. attraverso la svalutazione o la punizione degli stati mentali del bambino, nonché l'attribuzione allo stesso di stati mentali altrui) ed il comportamento del futuro soggetto borderline viene ricondotto a sue caratteristiche stabili e socialmente inaccettabili (es. essere un bambino cattivo). Tale invalidazione potrebbe tradursi in un'autoinvalidazione, per cui il soggetto borderline, assimilando modalità del suo ambiente, criticerebbe i propri vis-

suti emotivi (ad es. li attribuirebbe alla sua cattiveria), si vergognerebbe di essi, ricercerebbe negli altri conferme riguardo alle proprie esperienze interne ed esterne.

La vulnerabilità emotiva teorizzata dalla Linehan consiste in un'alta sensibilità agli stimoli emozionali, una notevole intensità dell'emozione da essi suscitata e un lento ritorno allo stato emotivo di base. A causa della vulnerabilità emotiva, il paziente, nel tentativo di gestire le proprie emozioni, le inibirebbe; così facendo, otterrebbe un loro incremento ed un'ulteriore difficoltà a regolarle.

In questa prospettiva, i comportamenti problematici come l'autolesionismo ed i gesti suicidari risultano tentativi disadattivi di regolare le emozioni.

L'instabilità emotiva determinerebbe un'imprevedibilità del comportamento e delle scelte che, a sua volta, renderebbe difficile lo sviluppo di un senso d'identità stabile e di rapporti affettivi duraturi.

Secondo la Linehan, inoltre, il paziente con BPD presenterebbe un fallimento dialettico del pensiero. La terapia dialettico-comportamentale si fonda su una concezione dinamica della realtà in base alla quale essa conterrebbe forze opposte (tesi e antitesi) dalla cui integrazione (sintesi) nascerebbe un nuovo equilibrio (a suo volta contenente termini antitetici); tale tensione tra le forze contrapposte produrrebbe un continuo cambiamento. Il paziente con BPD rimarrebbe bloccato sulla tesi o sull'antitesi senza riuscire a realizzare una sintesi tra esse; in pratica oscillerebbe tra opinioni e sensazioni contraddittorie relative a sé e agli altri, senza riuscire ad integrarle.

Il protocollo della Linehan per il BPD prevede una serie di fasi.

Nella prima fase si mira a ridurre i comportamenti suicidari, i comportamenti che interferiscono con la terapia (ad es. comportamenti che logorano le risorse del terapeuta) e quelli che interferiscono con la qualità della vita (ad es. abuso di sostanze). Si cerca, quindi, di incrementare alcune abilità denominate abilità nucleari di *mindfulness*¹, efficacia interpersonale, regolazione delle emozioni, tolleranza della sofferenza mentale/angoscia, autogestione.

Obiettivo della seconda fase della terapia risulta la riduzione dello stress post-traumatico. Si postula, infatti, che il paziente abbia un vissuto traumatico, indipendentemente dalla sua portata oggettiva.

Nella terza fase, infine, si mira all'aumento del rispetto di sé (sentire un valore personale) e al raggiungimento degli obiettivi individuali.

Fondamentale nel modello dialettico-comportamentale risulta il movimento di bilanciamento tra desiderio di cambiamento del paziente e accettazione di sé.

Altri aspetti rilevanti e peculiari di questa terapia risultano la formulazione di un contratto terapeutico (accordo tra paziente e terapeuta sulle modalità di cura, le regole da rispettare e gli obiettivi da raggiungere) e l'incoraggiamento ai pazienti a contattare telefonicamente il terapeuta quando presentano ideazione suicidaria o parasuicidaria.

Il trattamento si articola in 2 ore di terapia individuale e 2/3 ore di skills training volti all'acquisizione, al potenziamento e alla generalizzazione nella vita quotidiana delle abilità trattate in gruppo.

Generalmente il paziente è sottoposto anche a farmacoterapia (Linehan 1993).

b) *La Cognitive Therapy for Personality Disorders di A. T. Beck e A. Freeman*

La *Cognitive Therapy for Personality Disorders* (CTPD) è un modello terapeutico ad orientamento cognitivo-comportamentale.

¹ Per *mindfulness* si intende un'applicazione psicologica delle tecniche di meditazione orientali.

Mediante la *mindfulness* si tenta di potenziare le abilità di osservazione, accettazione e partecipazione all'ambiente e di decrementare il giudizio su di esso.

Il disturbo borderline di personalità

Nasce dal bisogno di adattare la Terapia Cognitiva di Beck per la depressione ai disturbi di personalità, in quanto molti pazienti con disturbi di personalità non riescono a giovare delle tradizionali tecniche cognitivo-comportamentali (ad es. compiti a casa).

Secondo Beck (1984; Beck et al. 2002), alla base dei diversi disturbi psichiatrici ci sarebbero credenze disfunzionali su di sé, sugli altri e sul mondo, che sarebbero generate da sistematiche distorsioni cognitive (distorsioni della realtà) e che costituirebbero gli schemi cognitivi (strutture cognitive di base che, selezionando, codificando e valutando gli stimoli ambientali, permetterebbero di organizzare l'esperienza ed il comportamento).

Ciò che differenzerebbe un disturbo di personalità da un disturbo di asse I sarebbero le caratteristiche degli schemi disfunzionali: questi, nei disturbi di personalità, risulterebbero più rigidi e ipervalenti; essi, inoltre, indurrebbero nell'altro risposte simmetriche, che sembrerebbero confermare gli schemi disfunzionali.

Nel caso del BPD, il pensiero dicotomico (distorsione cognitiva in base alla quale le esperienze vengono classificate solo in due categorie reciprocamente escludentesi, come ad es. buono / cattivo) ed il senso d'identità debole e instabile si rinforzerebbero a vicenda.

Gli specifici schemi e credenze disfunzionali del BPD, inoltre, genererebbero un dilemma insolubile: da una parte, la convinzione che il Sé è impotente e vulnerabile indurrebbe quella di aver bisogno degli altri; dall'altra, le convinzioni che il mondo è pericoloso e cattivo ed il Sé è inaccettabile e, quindi, destinato ad essere abbandonato, indurrebbero la convinzione di non poter far affidamento su nessuno.

La CTPD si pone come obiettivi principali la riduzione della sintomatologia ed il miglioramento della qualità della vita dei pazienti. In questa prospettiva, la ristrutturazione della personalità costituisce un eventuale mezzo per raggiungere i miglioramenti sintomatologici, piuttosto che un fine di per sé.

Il trattamento consiste nell'identificare, disputare socraticamente (mettere in discussione, valutando la validità degli assunti mediante il confronto con esperimenti comportamentali) e modificare le rappresentazioni mentali disfunzionali (considerate ipotesi di lavoro), le distorsioni cognitive che le producono e gli schemi che ne sono alla base.

Come per i disturbi di asse I, si ricorre all'empirismo collaborativo (terapeuta e paziente cooperano per il raggiungimento di obiettivi condivisi) e a tecniche verbali, immaginative, comportamentali.

Per il BPD, inoltre, come per gli altri disturbi di personalità, l'enfasi viene posta sulla relazione terapeutica, che diviene modello di relazione, e sull'uso di specifiche strategie per migliorare l'alleanza.

Questo tipo di trattamento dura circa un anno e prevede sedute a cadenza settimanale (50 sedute circa, contro le 18-25 sedute previste per i disturbi di asse I) (Beck e Freeman 1990).

c) La Schema-Focused Therapy di J. Young

La *Schema-Focused Therapy* (SFT) è un modello terapeutico ad orientamento cognitivo integrato che combina gli approcci cognitivo, comportamentale, dell'attaccamento, delle relazioni oggettuali e della gestalt.

Nasce come espansione della terapia cognitiva di Beck e Freeman (1990) e, rispetto ad essa, pone maggior enfasi sulla relazione terapeutica, sulle origini infantili e sullo sviluppo dei processi, sugli stili di coping consolidati e sui temi centrali radicati.

Secondo la SFT, bisogni infantili centrali (sicurezza, base sicura, prevedibilità, amore, nutrimento, attenzione, accettazione, lode, empatia, consigli protezione, validazione delle emozioni e

dei bisogni) non soddisfatti darebbero origine a schemi disadattivi precoci.

Uno schema disadattivo precoce è definito come un tema o un pattern generale e pervasivo; comprende memorie, sensazioni fisiche, emozioni e cognizioni e riguarda sé e le proprie relazioni con gli altri.

Gli schemi correntemente attivi per un soggetto, insieme alle risposte di coping di un dato momento, costituirebbero gli *Schema Modes*; ciascuno di essi avrebbe specifiche funzioni e manifestazioni sintomatiche.

Secondo la SFT, nel soggetto con BPD sarebbero presenti gli *Schema Modes* denominati Bambino Abbandonato, Bambino Arrabbiato e Impulsivo, Genitore Punitivo, Protettore Distaccato, Adulto Sano.

La funzione del Protettore Distaccato sarebbe quella di escludere emozioni e bisogni e di distaccarsi dalle persone. Le manifestazioni principali di tale stato interno sarebbero la depersonalizzazione, il vuoto, la noia, l'abuso di sostanze e le automutilazioni.

Il Bambino Abbandonato avrebbe la funzione di ottenere il soddisfacimento dei bisogni o la protezione. Le relative principali manifestazioni sarebbero depressione, spavento, vittimizzazione, inettitudine, mancanza di amore e sforzi frenetici per evitare l'abbandono.

Il Genitore Punitivo punirebbe il bambino per l'espressione dei suoi bisogni ed emozioni e per aver commesso degli errori. Si manifesterebbe in particolare con l'autocriticismo, l'odio rivolto verso se stessi, il rifiuto di sé e l'automutilazione.

Il Bambino Impulsivo e Arrabbiato agirebbe impulsivamente per ottenere il soddisfacimento dei bisogni o per dar sfogo alle emozioni. I segnali principali di tale stato sarebbero la rabbia intensa, l'impulsività, la svalutazione, la "manipolazione", l'abuso, le minacce suicidarie e la promiscuità.

Gli *Schema Modes* presenti nel BPD si originerebbero in un ambiente familiare pericoloso (nel quale, in particolare, si verificherebbero abusi verbali, fisici o sessuali e minacce di rabbia esplosiva o di violenza), trascurante, critico, rifiutante e repressivo rispetto a bisogni ed emozioni.

Altre fonti degli *Schema Modes* sarebbero labilità e intensità emotive, biologicamente determinate.

Il trattamento del BPD secondo la SFT prevede tre fasi.

Nella prima fase, il focus del lavoro è sul Protettore Distaccato e sul Bambino Abbandonato. Obiettivi di questa fase sono la regolazione della relazione terapeutica (ad esempio il terapeuta assume il ruolo di base sicura per il paziente) e la regolazione delle emozioni (ad esempio si ricorre a training di assertività e ad abilità di mindfulness).

La seconda fase di trattamento è incentrata sul cambiamento degli *Schema Modes*. Tale obiettivo viene perseguito contrastando il Genitore Punitivo (ad es. educare ai bisogni e alle emozioni), canalizzando il Bambino Arrabbiato e Impulsivo (ad es. porre dei limiti al setting terapeutico) e gestendo le crisi (ad es. telefonare al terapeuta al presentarsi dell'ideazione suicidaria).

Nella terza fase, quella dell'autonomia, si perseguono lo sviluppo di relazioni sane per il paziente, l'assecondare le sue inclinazioni naturali ed una conclusione graduale della terapia (Young et al. 2003).

d) La Cognitive Analytic Therapy di Ryle

La *Cognitive Analytic Therapy* (CAT) è un modello terapeutico che integra l'orientamento cognitivo con quello psicoanalitico.

Il disturbo borderline di personalità

La CAT postula che ogni soggetto avrebbe un peculiare repertorio di ruoli reciproci e di transizioni tra di essi che modulerebbe le condotte relazionali.

Il ruolo reciproco sarebbe, insieme alle emozioni dominanti, il costituente di uno stato mentale. Per ruolo si intende una posizione ed una funzione relazionale; il termine reciproco indica che ciascun individuo si rappresenterebbe le relazioni in termini bipolari (ad es. dare aiuto - ricevere aiuto), per cui il Sé potrebbe oscillare dall'uno all'altro dei ruoli rappresentati.

Di norma le transizioni tra i ruoli avverrebbero in modo coerente al variare delle relazioni grazie a metaprocedure che connetterebbero le rappresentazioni di ruolo agli eventi di vita (ad es. le rappresentazioni di ruolo generalmente variano quando si passa dall'interazione con un amico, a quella con qualcuno che si detesta). La coerenza complessiva della condotta e il senso soggettivo di continuità sarebbero mantenute dalle capacità di riflettere sui propri ruoli reciproci e sul modo con cui essi variano al variare delle relazioni.

Secondo questa prospettiva, il BPD sarebbe caratterizzato dalla dissociazione parziale dei ruoli reciproci e degli stati mentali: i pazienti con BPD transiterebbero in stati mentali dissociati, per cui i pensieri e le emozioni di uno stato non potrebbero influenzare e modulare i pensieri e le emozioni di un altro stato. Ne deriverebbe sia un'obiettiva caoticità e contraddittorietà dei comportamenti, sia un senso soggettivo di confusione verso se stessi.

La dissociazione in questione conseguirebbe a reali esperienze che avrebbero danneggiato il repertorio di ruoli reciproci e le procedure di transizione tra di essi (ad es. interazioni caotiche, carenze di cure, maltrattamenti e abusi) (Ryle 1997).

Il trattamento delineato da Ryle e Kerr (2002) consiste in un intervento breve (24 sedute e 4 incontri di follow-up) e altamente strutturato.

La prima parte del trattamento è dedicata alla ricostruzione delle diverse rappresentazioni di ruolo.

Successivamente si realizza un diagramma riassuntivo in cui vengono rappresentati i diversi stati mentali del paziente e le transizioni tra di essi. Il terapeuta, inoltre, scrive al paziente una lettera in cui ricostruisce sinteticamente il modo in cui egli è arrivato, attraverso la sua storia di vita, alle condizioni attuali. Il diagramma e la lettera costituiscono, dunque, gli strumenti per raggiungere l'obiettivo di questa fase terapeutica, ossia la costruzione da parte del paziente di un punto di vista integrato del suo funzionamento.

La parte finale della terapia è dedicata all'apprendimento degli strumenti atti a regolare le procedure di ruolo e a comporre la frammentazione degli stati Sé (Ryle 2001).

e) Il Mentalization-Based Treatment di Bateman e Fonagy

Il *Mentalization-Based Treatment* (MBT) è un modello terapeutico ad orientamento psicodinamico che si avvale di contributi della teoria dell'attaccamento e del cognitivismo.

La teorizzazione di Fonagy e Target (2001) è incentrata sul concetto di mentalizzazione, considerata come la capacità di rappresentarsi gli stati mentali propri ed altrui, di spiegarsi il comportamento e di prevederlo.

Riprendendo la teoria dell'attaccamento, gli autori sostengono che un normale percorso evolutivo comprende i passaggi dall'introiezione (trasferimento mentale di oggetti e qualità del mondo esterno a quello interno) all'internalizzazione (formazione di immagini di sé e della figura accudente differenziate e scisse nei loro aspetti buoni e cattivi) e alla mentalizzazione.

Nei soggetti con BPD, tale sviluppo non sarebbero stato sostenuto dalle figure di attaccamento: queste non avrebbero avuto un'adeguata teoria della mente del futuro soggetto borderline, per cui non sarebbero riuscite ad attribuirgli gli stati mentali che realmente sperimentava ed avreb-

bero risposto ai suoi bisogni in modo inadeguato. In questo modo i caregivers avrebbero sollecitato nel bambino l'insorgenza, oltre che di uno stile di attaccamento insicuro, di inadeguate capacità di mentalizzazione: il futuro soggetto borderline, nell'interiorizzare l'immagine di sé restituitagli dalle figure di attaccamento, avrebbe interiorizzato una visione di sé come realtà fisica, piuttosto che come soggetto capace di riflettere sugli stati mentali propri ed altrui; inoltre egli avrebbe inibito la propria potenzialità di comprendere gli stati mentali altrui per non dover contattare gli stati mentali di figure di attaccamento frustranti o abusanti.

Nel DBP, dunque, esisterebbe un deficit sia nella rappresentazione interna delle figure di attaccamento, sia nelle capacità metacognitive (Fonagy e Target 2001).

Sulla base di tale teorizzazione, l'azione terapeutica si configura come un contenimento che produrrebbe un cambiamento della funzione riflessiva. La relazione terapeutica, inoltre, permetterebbe la modifica dei modelli operativi interni (schemi di sé con l'altro), strutturatisi a seguito delle esperienze interpersonali problematiche, e la formazione di rappresentazioni di sé e dell'altro maggiormente integrate.

Nel MBT, la tecnica dell'interpretazione non ha un ruolo centrale e precoce in quanto i pazienti con DBP, presentando deficit metacognitivi, sarebbero in grado di utilizzare efficacemente l'interpretazione solo in seguito all'instaurazione di una solida relazione terapeutica.

Il protocollo, applicato finora in strutture di semiricovero (day hospital), prevede un notevole numero di ore di terapia: 3 ore a settimana sia di terapia individuale, che di terapia di gruppo e 1 ora a settimanale di terapia espressiva e psicodramma; a queste ore vanno aggiunte quelle degli incontri mensili per il controllo della terapia farmacologia e per la gestione del caso (Bateman e Fonagy 2004).

f) La Transference-Focused Therapy di Kernberg e Clarkin

La *Transference-Focused Therapy* (TFT) è un modello terapeutico ad orientamento psicodinamico che è stato sviluppato a partire dalla teoria di Kernberg (1975).

Nella teorizzazione di Kernberg, alla base dell'organizzazione borderline di personalità ci sarebbe un conflitto pre-edipico tra pulsioni libidiche e aggressive, conflitto che verrebbe affrontato mediante il primitivo meccanismo di difesa della scissione. In base a tale meccanismo, il soggetto terrebbe gli aspetti buoni separati dagli aspetti cattivi dell'oggetto, ossia non riuscirebbe ad integrare le rappresentazioni positive con le rappresentazioni negative di sé e dell'altro. La visione dell'oggetto come alternativamente buono o cattivo, piuttosto che contemporaneamente buono e cattivo, risulterebbe funzionale alla gestione dell'angoscia nel momento in cui essa si presenta, ma a lungo termine comporterebbe un'instabilità dell'immagine di sé e degli altri e l'assenza di un comportamento finalizzato.

Conseguentemente alla scissione, i pazienti borderline utilizzerebbero il meccanismo dell'identificazione proiettiva: proietterebbero nell'altro parti scisse di sé, le farebbero agire in lui e le controllerebbero mediante il rapporto con lui (Kernberg 1975).

La psicoterapia focalizzata sul transfert indirizza prioritariamente l'intervento sugli aspetti che potrebbero mettere in pericolo il paziente e la terapia: i comportamenti suicidari ed autolesivi, le varie modalità di boicottaggio del trattamento e le principali tipologie di relazioni oggettuali, così come vengono esperite nella relazione terapeutica.

Una volta preservati paziente e terapia, viene perseguito un incremento del controllo del comportamento, della regolazione emozionale, della capacità di instaurare relazioni intime gratificanti e dell'abilità di perseguire i propri obiettivi di vita.

Tale terapia risulta possibile all'interno di una stabile cornice terapeutica (ad es. stipulazione

di un contratto che stabilisce le responsabilità di paziente e terapeuta) e nell'hic et nunc di ogni interazione transferale. Nell'evolversi della relazione terapeutica, infatti, emergerebbe la rappresentazione dell'altro (terapeuta) in relazione alla rappresentazione di sé. Le tecniche della chiarificazione, del confronto e dell'interpretazione precoce (ad es. individuazione delle modalità difensive dell'idealizzazione e svalutazione del terapeuta) permetterebbero di sviluppare rappresentazioni maggiormente integrate di sé e degli altri (Clarkin et al. 2004).

La durata prevista di questo trattamento è di due anni, con sedute bisettimanali.

Per i pazienti che presentano gesti autolesivi, al fine di creare un contenitore emotivo e una rete sociale per il paziente, nonché un supporto per il terapeuta, al trattamento individuale vengono affiancati interventi ulteriori, come terapie farmacologiche e periodi di ricovero ospedaliero (Clarkin et al. 1999).

Gli studi di efficacia delle psicoterapie manualizzate per il trattamento del BPD

Le terapie descritte sono state sottoposte a studi di efficacia di vario genere (ad es. studi naturalistici e studi sperimentali); ne esaminiamo i principali.

Sono stati esclusi, oltre agli studi relativi a terapie diverse da quelle manualizzate, quelli incentrati su caratteristiche specifiche del BPD (ad es. dissociazione, suicidio) e quelli la cui data di pubblicazione è precedente al 1990.

Gli studi sono stati esaminati in base a questi criteri: campione (numerosità e caratteristiche psicopatologiche), misurazione del campione (strumenti di misurazione, caratteristiche misurate e momenti di misurazione), tipo di trattamento (orientamento teorico, tecniche, setting, durata e frequenza), tipo di efficacia (sperimentale o pratica), valutazione degli esiti (rispetto a diagnosi, sintomi e personalità).

Nella tab. 1 vengono accorpati i risultati dei vari studi per tipo di orientamento terapeutico, al fine di facilitare il confronto sull'efficacia dei vari trattamenti.

Il numero degli studi risulta limitato e non proporzionato ai vari tipi di terapie.

Un punto di forza di tali studi è che generalmente valutano il campione mediante strumenti standardizzati e universalmente utilizzati, rispetto ad indici psicopatologici diversi (diagnosi, sintomi e personalità) e in momenti diversi del trattamento (pre-trattamento, baseline, post-trattamento e follow-up).

Tra i limiti metodologici degli studi spiccano i problemi di generalizzabilità dei risultati: il numero degli studi risulta ridotto, gli studi controllati randomizzati sono pochi, i campioni sono di bassa numerosità, in alcuni casi lo stesso campione è usato in studi diversi (ad es. in alcuni studi della Linehan) e talvolta non esistono studi condotti da gruppi indipendenti rispetto a quello che ha elaborato il modello d'intervento (ad es. per gli studi di Bateman e Fonagy).

Altre limitazioni metodologiche di alcuni studi risultano la mancata inclusione dei dati di drop-out nella valutazione dei risultati, per cui questi sembrano migliori (ad es. negli studi di: Linehan et al. del 1991, Bohus et al. del 2004, Bateman e Fonagy del 1999) e la mancata rilevazione dei dati di follow-up o la realizzazione di follow-up troppo ravvicinati nel tempo, per cui la stabilità dei miglioramenti non viene valutata o viene valutata solo a breve termine (ad es. nello studio di Bohus et al. del 2004).

Come evidenziato nella Tab. 1, in base agli studi considerati risulterebbero efficaci:

- la DBT nella riduzione a breve termine dei comportamenti parasuicidari, del drop-out e dei ricoveri ospedalieri (frequenza e durata) e nell'incremento dell'adattamento generale e del funzionamento interpersonale;

- la CTPD nella riduzione a breve termine della depressione e di credenze specifiche (assenza di speranza, impotenza e sfiducia);
- la SFT nella riduzione a lungo termine della psicopatologia generale e nell'incremento del funzionamento generale e della qualità della vita;
- la CAT nella riduzione a breve termine dei livelli di ansia e depressione e nell'incremento del funzionamento interpersonale e lavorativo (con soggetti senza comportamenti parasuicidari, abuso di sostanze e disoccupazione);
- il MBT nella riduzione a lungo termine dei comportamenti parasuicidari, del drop-out, della depressione, dei ricoveri ospedalieri (frequenza e durata) e dei costi sanitari e nell'incremento del funzionamento sociale e interpersonale;
- la TFT nella riduzione a lungo termine dei comportamenti parasuicidari, dei ricoveri ospedalieri (frequenza e durata) e della depressione e nell'incremento del funzionamento generale e della qualità della vita.

Al contrario, non risulterebbero particolarmente efficaci:

- la DBT rispetto ai sintomi di noia, vuoto e motivazione a vivere;
- la CTPD nel funzionamento interpersonale;
- la CAT coi soggetti con comportamenti parasuicidari, abuso di sostanze e disoccupazione;
- la TFT rispetto ai livelli di drop-out.

Si segnalano, inoltre, due promettenti filoni di ricerca italiani.

Il III Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma ha manualizzato la sua terapia per i disturbi di personalità (Dimaggio e Semerari 2003) ed ha in corso uno studio di efficacia di tipo naturalistico.

Il IV Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, applicando i principi non manualizzati della terapia cognitivo-evoluzionista integrata di Liotti (1999), ha realizzato uno studio naturalistico ed uno studio semi-naturalistico controllato, ottenendo miglioramenti nel tasso di drop-out, nella sintomatologia e nella qualità della vita dei pazienti borderline (Fassone et al. 2003; Fassone et al. 2004).

Conclusioni

Gli studi esistenti hanno il merito di aver individuato alcune linee terapeutiche da migliorare o da abbandonare al fine di potenziare l'efficacia dei trattamenti per il BPD.

Il confronto tra i vari studi risulta difficile in quanto essi presentano caratteristiche metodologiche diverse (ad es. studi naturalistici o sperimentali; ricorso a strumenti di misurazione diversi) e caratteristiche terapeutiche specifiche dei trattamenti che valutano (ad es. contesti ambulatoriali o di semiricovero; setting individuali o di gruppo; valutazione del campione in base ai sintomi o alla personalità; terapie brevi o prolungate).

In particolare si sottolinea che i risultati che indicano miglioramenti sintomatologici non necessariamente sono accompagnati da miglioramenti altrettanto positivi in termini di tratti di personalità (rilevati mediante gli indici di funzionamento interpersonale).

Anche le interpretazioni dei risultati presentano delle difficoltà.

In alcuni studi controllati randomizzati, la terapia manualizzata (che generalmente comprende più interventi, ha terapeuti specificamente formati e supervisionati e pazienti particolarmente motivati) viene confrontata con il trattamento disponibile ed usuale nella specifica comunità (*Treatment as usual* – TAU, solitamente minimo ed aspecifico per i soggetti con BPD, somministrato da terapeuti non specializzati nel trattamento del BPD, consistente in una

terapia di supporto e/o un trattamento farmacologico, con la possibilità di ricovero al bisogno), per cui il confronto tra le due terapie è, evidentemente, sbilanciato.

Poiché alcune delle terapie prese in esame (la DBT, il MBT e la TFT) comprendono trattamenti di tipo diverso (terapia individuale e di gruppo, skills training, terapia farmacologica, ricoveri), attualmente non è possibile risalire a quale specifico intervento induce uno specifico miglioramento nei soggetti con BPD.

Inoltre, l'efficacia della DBT, della SFT, del MBT e della TFT, che comprendono trattamenti più numerosi e protratti nel tempo rispetto alle altre terapie, potrebbe dipendere anche da un aspecifico effetto massa, ossia dalla somministrazione massiccia e/o prolungata di trattamenti condotti da terapeuti esperti del disturbo.

È anche teoricamente possibile che il miglioramento dei campioni non dipenda dai trattamenti, ma da fattori non identificati.

Pur con queste limitazioni, alcuni elementi sembrano emergere.

Il decremento dei comportamenti parasuicidari si verificherebbe precocemente con la DBT ed il MBT.

Le terapie consistenti in una terapia individuale (CTPD e CAT) risulterebbero efficaci rispetto al loro specifico focus (ossia ai principali obiettivi del loro intervento: pensieri disfunzionali e sintomi dell'umore per la CTPD e funzionamento interpersonale per la CAT), con soggetti che non presentano rischi parasuicidari, in tempi brevi e con costi bassi (in termini di risorse umane, di tempo ed economiche).

I cambiamenti in termini sia di sintomi, che di personalità avverrebbero nelle terapie prolungate e che includono trattamenti diversi (SFT e TFT).

Le terapie che includono diversi trattamenti, infine, potrebbero aver effetto sui diversi aspetti psicopatologici del BPD.

Si potrebbe avanzare, dunque, che attualmente il trattamento di scelta per il BPD varia col variare delle caratteristiche psicopatologiche presentate dallo specifico paziente: i pazienti che presentano gravi comportamenti parasuicidari potrebbero beneficiare maggiormente della DBT e del MBT in quanto, nella prima, svolgerebbero un precoce ed intenso lavoro sulla gestione delle crisi e, nel secondo, si avvarrebbero anche di un contenitivo contesto di semiricovero; i soggetti con disturbi dell'identità e delle relazioni risparmierebbero risorse di tempo ed economiche sottoponendosi alla CAT; i pazienti che presentano disturbi a livello sia sintomatologico che di personalità e che dispongono di risorse di tempo ed economiche potrebbero giovare della SFT e della TFT.

Per migliorare l'efficacia della cura del BPD, la ricerca futura potrebbe confrontare gli studi realizzati da terapie diverse sui singoli aspetti psicopatologici del BPD e tentare di risalire sia ai meccanismi di cambiamento di quegli aspetti psicopatologici, sia agli specifici interventi che li avrebbero sollecitati.

Come ipotizzato nello studio in corso di Clarkin et al. (2004), terapie diverse potrebbero risultare ugualmente efficaci nella cura del BPD avvalendosi di teorie e metodologie diverse ed agendo su fattori psicopatologici diversi.

E' plausibile, tuttavia, anche l'ipotesi inversa, in base alla quale i vari trattamenti per il BPD, pur avendo ipotesi eziologiche, obiettivi focali e tecniche diverse, agirebbero sugli stessi meccanismi di cambiamento del disturbo.

Come evidenziato dai crescenti tentativi di integrazione di vari modelli (DBT, SFT, CAT, MBT, TCEI), notevoli vantaggi per la pratica clinica potrebbero derivare dall'individuazione di specifici interventi efficaci per specifici aspetti psicopatologici del BPD e dall'integrazione di questi nei vari approcci o in un'unica terapia integrata per il BPD.

Tab. 1: *Psicoterapie manualizzate per il Disturbo Borderline di Personalità e relativi studi di efficacia.*

Trattamento	Caratteristiche del trattamento	Studi e metodologia degli studi	Risultati degli studi
<i>Dialectical-Behavioral Therapy (DBT)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-comportamentale integrato. • Setting individuale e di gruppo. • A settimana: 2 ore di terapia individuale e 2/3 ore di skills training. • Incontri mensili di supervisione del caso. • Terapia farmacologica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Studi controllati randomizzati sullo stesso campione (Linehan et al. 1991; Linehan et al. 1994). • Studio controllato randomizzato su un campione diverso e in un contesto diverso rispetto a quelli della Linehan (Verheul et al. 2003). • Studio controllato randomizzato su un campione diverso rispetto a quelli della Linehan (Koons et al. 2001). • Studio controllato non randomizzato (Bohus et al. 2004). • Studi naturalistici (ad es. Simpson et al. 1998). 	<ul style="list-style-type: none"> • DBT maggiormente efficace del TAU rispetto a: riduzione dei comportamenti parasuicidari (frequenza e rischi medici), dei ricoveri ospedalieri (frequenza e durata), del drop-out dei pazienti (Linehan et al. 1991), dell'ansia e della depressione (Bohus et al. 2004), della rabbia espresa e dei sintomi dissociativi (Koons et al. 2001); mantenimento dei risultati della Linehan nell'anno successivo alla conclusione dello studio (ma non della terapia) (Linehan et al. 1993); miglioramento dell'adattamento generale e del funzionamento interpersonale (Linehan et al. 1994). • DBT non più efficace del TAU rispetto a: promozione della soddisfazione di vita (Linehan et al. 1994), riduzione di sentimenti cronici di vuoto e noia (Verheul et al. 2003), dissociazione (Bohus et al. 2004) e motivazione a vivere (Linehan et al. 1991). • La DBT potrebbe risultare generalizzabile ed applicabile universalmente (Verheul et al. 2003). • La DBT sarebbe adattabile al setting ospedaliero (Bohus et al. 2004; Simpson et al. 1998).

Trattamento	Caratteristiche del trattamento	Studi e metodologia degli studi	Risultati degli studi
<i>Cognitive Therapy for Personality Disorders</i> (CTPD)	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-comportamentale. • Setting individuale. • A settimana: 1 ora di terapia individuale per un anno circa (50 sedute circa). 	<ul style="list-style-type: none"> • Studio naturalistico (Brown et al. 2004). 	<ul style="list-style-type: none"> • Decremento della diagnosi (48% al termine del trattamento e 16% al follow-up) e miglioramento significativo in: depressione, ideazione suicidaria, assenza di speranza, credenze relative a specifici temi (dipendenza, impotenza, sfiducia, paura dell'abbandono, paura di perdere il controllo) (Brown et al. 2004).
<i>Schema-Focused Therapy</i> (SFT)	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-comportamentale integrato. • Setting individuale. • A settimana: 2 ore circa di terapia individuale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Studio controllato randomizzato (Giesen Bloo et al. 2006). 	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di modificazioni rilevanti nel funzionamento interpersonale (Brown et al. 2004). • SFT e TFT efficaci in maniera significativa rispetto a gravità del BPD, psicopatologia generale, qualità della vita e misure di concetti specifici di SFT/TFT (cambiamento di personalità) (dopo 1, 2 e 3 anni di terapia bisettimanale) (Giesen-Bloo et al. 2006). • SFT significativamente più efficace della TFT rispetto a gravità del BPD, psicopatologia generale, qualità della vita e misure di concetti specifici di SFT/TFT (cambiamento di personalità) (dopo 3 anni di terapia bisettimanale) (Giesen-Bloo et al. 2006). • Soggetti nel gruppo TFT a maggior rischio di drop-out dei soggetti nel gruppo SFT (Giesen-Bloo et al. 2006).

Trattamento	Caratteristiche del trattamento	Studi e metodologia degli studi	Risultati degli studi
<i>Cognitive Analytic Therapy (CAT)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-analitico. • Setting individuale. • A settimana: 1 ora di terapia individuale per 6 mesi circa (24 sedute e 4 incontri di follow-up). 	<ul style="list-style-type: none"> • Studio naturalistico (Ryle et al. 2000). • Studio pilota (Wildgoose et. al. 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramenti nel 50% circa dei soggetti (soggetti senza BPD, occupati e con relazioni in corso) rispetto a: ansia, depressione, funzionamento interpersonale e lavorativo (Ryle et al. 2000). • Miglioramenti meno significativi nel 25% circa dei soggetti (Ryle et al. 2000). • I soggetti più gravi (con comportamenti parasuicidari, abuso di sostanze e disoccupazione) non risultano migliorati (Ryle et al. 2000). • Il 52% dei soggetti ha avuto bisogno di ulteriori trattamenti (CAT o terapie dei servizi da cui provenivano) (Ryle et al. 2000). • Miglioramenti rispetto alla severità del BPD in tutto il campione e nella frammentazione della personalità in 3 soggetti su 5 (Wildgoose et. al. 2001).
<i>Mentalization-Based Treatment (MBT)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoanalitico. • Contesto di semiricovero (day hospital). • Setting individuale e di gruppo. • A settimana: 3 ore di terapia individuale, 3 ore di terapia di gruppo, 1 ora di terapia espressiva e di psicodramma. • Incontri mensili di gestione del caso. • Terapia farmacologica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Studio controllato randomizzato (Bateman e Fonagy 1999). • Studio di follow-up (Bateman e Fonagy 2001). • Studio parzialmente controllato (Bateman e Fonagy 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> • MBT maggiormente efficace del TAU rispetto a: depressione, comportamenti parasuicidari, funzionamento sociale, funzionamento interpersonale, drop-out, ricoveri (frequenza e durata), costi sanitari (Bateman e Fonagy 1999). • L'ospedalizzazione parziale combinata con interventi comunitari (interventi prolungati) sarebbe migliore della ospedalizzazione, mentre la non ospedalizzazione inizialmente sarebbe controindicata (Bateman e Fonagy 1999). • Risultati mantenuti dopo 18 mesi: proseguimento di miglioramenti significativi nel funzionamento sociale ed interpersonale (Bateman e Fonagy 2001). • Trattamento ospedaliero del BPD non più costoso del TAU e meno costoso dopo il trattamento (Bateman e Fonagy 2003).

Trattamento	Caratteristiche del trattamento	Studi e metodologia degli studi	Risultati degli studi
<i>Transference-Focused Therapy (TFT)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoanalitico. • Setting individuale. • A settimana: 2 ore di terapia individuale per due anni circa. • Terapia farmacologica (per pazienti autolesionistici). • Ricoveri ospedalieri (per pazienti autolesionistici). 	<ul style="list-style-type: none"> • Studio naturalistico (Clarkin et al. 2001). • Studio controllato randomizzato (studio in corso) (Clarkin et al. 2004). • Studio controllato randomizzato (Giesen-Bloo et al. 2006). 	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramenti significativi in: numero di pazienti che tenta il suicidio, comportamenti parasuicidari, severità delle condizioni mediche a seguito di comportamenti parasuicidari, ricoveri (frequenza e durata), funzionamento generale (Clarkin et al. 2001). • Dallo studio in corso ci si aspetta che i diversi trattamenti, avvalendosi di metodologie diverse, modifichino aspetti diversi del BPD (sintomi e personalità) (Clarkin et al. 2004). • SFT e TFT efficaci in maniera significativa rispetto a gravità del BPD, psicopatologia generale, qualità della vita e misure di concetti specifici di SFT/TFT (cambiamento di personalità) (dopo 1, 2 e 3 anni di terapia bisettimanale) (Giesen-Bloo et al. 2006). • SFT maggiormente efficace in maniera significativa della TFT rispetto a gravità del BPD, psicopatologia generale, qualità della vita e misure di concetti specifici di SFT/TFT (cambiamento di personalità) (dopo 3 anni di terapia bisettimanale) (Giesen-Bloo et al. 2006). • Soggetti nel gruppo TFT a maggior rischio di drop-out dei soggetti nel gruppo SFT (Giesen-Bloo et al. 2006).

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1 - 52.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, IV ed., Text Revision (DSM-IV-TR)*. APA Press, Washington DC. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV edizione, Text revision*. A.P.A. Masson S.p.a., Milano, 2002.
- Bateman AW, Fonagy P (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563 - 1569.
- Bateman AW, Fonagy P (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: an 18 - month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36 - 42.
- Bateman AW, Fonagy P (2003). Health service utilization costs for Borderline Personality Disorder treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169 - 171.
- Bateman AW, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford University Press, Oxford.
- Beck AT (1984). *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Beck AT, Freeman A (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*. Guilford, New York. Trad. it. *Terapia Cognitiva dei Disturbi di Personalità*. Mediserve, Milano, 1993.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (2002). *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG (2001). Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295 - 302.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unkel C, Lieb K, Linehan MM (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487 - 499.
- Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits-Christoph P, Beck AT (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18 (3), 257 - 271.
- Chiesa M, Drahorad C, Longo S (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107 - 111.
- Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, Drahorad C, Harrison-Hall A (2002). Health service use costs by personality disorder following specialist and nonspecialist treatment: a comparative study. *Journal of Personality Disorders*, 16 (2), 160 - 173.
- Chiesa M, Fonagy P (2000). Cassel Personality Disorder Study. Methodology and treatment effects. *British Journal of Psychiatry*, 176, 485 - 491.
- Clarkin JF, Yeoman FE, Kernberg OF (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Wiley, Chichester e New York. Trad. it. *Psicoterapia della Personalità Borderline*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2004). The personality disorders institute / Borderline personality disorder research foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 52 - 72.
- Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with Borderline Personality Disorder: a preliminary study of behavioural change. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 487 - 495.

Il disturbo borderline di personalità

- Dimaggio G, Semerari A (Eds) (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Editori Laterza, Bari.
- Fassone G, Ivaldi A, Rocchi MT (2003). Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità: risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitivo-comportamentale integrata, individuale e di gruppo. *Rivista di psichiatria*, 38, 5, 241 - 246.
- Fassone G, Ivaldi A, Mantione MG, Rocchi MT (2004). Valutazione degli esiti di un trattamento cognitivo-evolutionista integrato (individuale - gruppo) per pazienti con disturbi di personalità borderline e/o comorbidità in Asse I/II: uno studio seminaturalistico controllato. *Cognitivismo Clinico*, 1, 2, 124 - 138.
- Fonagy P, Target M (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649 - 659.
- Kernberg OF (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*, Aaronson, New York. Trad. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1984.
- Koons CR, Robins CJ, Bishop GR, Marse JQ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzales AM, Butterfield ML, Bastian LA (2001). Efficacy of dialectical behaviour therapy with borderline women veterans: a randomised controlled trial. *Behavioral Therapy*, 32, 371 - 390.
- Linehan MM (1993). *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford, New York. Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060 - 1064.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971 - 974.
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE (1994). Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioural Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771 - 1776.
- Liotti G (1999). Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 16, 53 - 65.
- Livesley WJ (2004). Introduction to the special feature on recent progress in the treatment of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 18, 1 - 2.
- Ryle A (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder. The Model and the Method*. Wiley, Chichester UK.
- Ryle A (2001). *Cognitive Analytic Therapy* in Livesley W. J. (Ed), *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment*. Guilford, New York.
- Ryle A, Golyukina K (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 197 - 210.
- Ryle A, Kerr IB (2002). *Introducing cognitive analytic therapy. Principles and Practice*. Chichester, Wiley. Trad. it. *Terapia cognitivo-analitica: teoria e pratica*. Editori Laterza, Roma, 2004.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936 - 950.
- Soloff PH (2000). Psychofarmacology for borderline personality disorder. *Psychiatry Clinica North America*, 23, 169 - 192.
- Simpson EB, Pistorello J, Begin A, Costello E, Levinson J, Mulberry S, Pearlstein T, Rosen K, Stevens M (1998). Focus on Women: use of Dialectical Behavior Therapy in a Partial Hospital Program for Women

Benedetta Russo e Antonio Semerari

- with BPD. *Psychiatric Services*, 49, 669 - 673.
- Stone MH (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5 (1), 15 - 20.
- Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135 - 140.
- Wildgoose A, Clarke S, Waller G (2001). Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 1, 47 - 55.
- Young JE, Klosko J, Weishaar ME (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press, New York.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 274 - 283.

Autore per la corrispondenza:
Benedetta Russo
Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva
Via Ravenna 9/c, Via Fabbretti 5/a - 00161 Roma
Tel/Fax: 0644233878, 0644251928 - Email: russob@terzocentro.it