



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione-DPSS**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle  
Relazioni Interpersonali**

**Elaborato finale**

**Il disturbo borderline di personalità: una rassegna della  
ricerca recente sulle forme ridotte della DBT**

**Borderline Personality Disorder: a review of recent research on reduced  
DBT forms**

***Relatore: Prof. Diego Rocco***

***Laureando: Michele Sierotowicz***

***Matricola: 2045688***

Anno Accademico 2023-2024



## INDICE

<b>CAPITOLO 1</b>	<b>3</b>
1.1 La ricerca in psicoterapia: lineamenti storici e teorici	3
1.2 Il disturbo borderline di personalità: la storia e la ricerca	6
1.3 Disturbo borderline di personalità: caratteristiche e problematicità	8
<b>CAPITOLO 2</b>	<b>11</b>
2.1 La DBT: obiettivi e metodi	11
2.2 <i>'Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder'</i>	12
2.3 <i>“Skills for pills”: The dialectical-behavioural therapy skills training reduces polypharmacy in borderline personality disorder'</i>	14
2.4 <i>'The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial'</i>	16
<b>CAPITOLO 3</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>25</b>



# CAPITOLO 1

## 1.1 La ricerca in psicoterapia: lineamenti storici e teorici

La ricerca in psicoterapia costituisce un ambito ampio con una lunga storia e un'evoluzione continua. Il fine della ricerca in psicoterapia è di rispondere a numerose domande, le quali riguardano principalmente l'efficacia della psicoterapia e dei suoi diversi approcci, sia in generale che in relazione a specifici quadri psicopatologici, e i processi che hanno luogo tra terapeuta e paziente (Dazzi, 2006).

Su queste domande si impostano le due principali linee di studio, le quali riguardano il *process* e l'*outcome*. La prima si concentra sui processi che hanno luogo all'interno della psicoterapia nel corso del suo svolgimento, mentre la seconda riguarda gli esiti della stessa. Queste due linee di studio non andrebbero nettamente separate, poiché i processi che si verificano nella psicoterapia ne influenzano gli esiti, ed è importante sia indagare la presenza o meno di correlazioni tra questi due aspetti sia valutare l'eventuale presenza di nessi causali (Migone, 2006). Inoltre, la ricerca in psicoterapia mira anche ad esplorare come fattori specifici ed aspecifici influenzano l'andamento del trattamento. Per 'fattori specifici' si intendono le caratteristiche che contraddistinguono e differenziano i singoli orientamenti (un esempio potrebbe essere l'interpretazione dei sogni per l'approccio psicoanalitico), mentre per 'fattori aspecifici' si intendono gli elementi che riguardano la psicoterapia in generale (per esempio, il fattore relazionale si ritrova necessariamente e inevitabilmente in ogni psicoterapia; Dazzi, 2006).

La storia della ricerca in psicoterapia prende le mosse dagli studi svolti tra anni '20 e '40 del secolo scorso tanto in Europa quanto negli Stati Uniti (Migone, 2006). Al fine di comprenderne lo stato attuale, i problemi ancora da risolvere e le prospettive future, verrà brevemente descritta la storia della disciplina, articolata su tre fasi principali (Migone, 2006).

La prima fase della ricerca in psicoterapia si è concentrata sull'*outcome*, con l'obiettivo di raccogliere dati che potessero contraddire quanto affermato da Eysenck nel 1952, ovvero che non fosse possibile sostenere che la psicoterapia fosse efficace come fattore di cambiamento (Eysenck, 1952). Per poter raggiungere questo obiettivo, gli studi svolti

in questo periodo dovettero far fronte a numerosi problemi metodologici, il più grande dei quali riguardava la definizione dei gruppi di controllo e del placebo. Per applicare un placebo a un gruppo di controllo è infatti necessario che i ricercatori abbiano già definito in partenza quale sia l'agente terapeutico, cosa che, alla luce della presenza di numerose scuole psicoterapeutiche molto diverse tra loro, è un'impresa particolarmente difficile (Migone, 2006). A differenza di quanto accade negli studi in ambito medico e farmacologico, il gruppo di controllo non è trattato con un sostituto del principio attivo i cui effetti vengono studiati, bensì è trattato con una formula psicoterapeutica meno formalizzata per poter quindi valutare la presenza e la natura delle differenze negli esiti per ciascun gruppo (Migone, 2006). Per esempio, in alcuni studi in cui è stata esaminata l'efficacia della DBT<sup>1</sup>, gli esiti ottenuti dal gruppo trattato con questo approccio sono stati confrontati con gli esiti di un gruppo di controllo trattato invece con un TAU<sup>2</sup> (Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Nonostante questi ostacoli, la prima fase culminò con il successo nel dimostrare l'efficacia della psicoterapia, impresa resa possibile grazie all'impiego del metodo della meta-analisi, ovvero l'analisi dei risultati ottenuti nel corso di più studi svolti in precedenza e selezionati secondo determinati criteri. I risultati di queste meta-analisi permettevano di osservare che, sebbene i pazienti sottoposti ai trattamenti placebo riportassero miglioramenti nelle loro condizioni e i pazienti non trattati potessero avere una 'remissione spontanea', i risultati ottenuti nei gruppi sottoposti al trattamento terapeutico erano superiori e duraturi (Migone, 2006). Oltre a questi dati emerse anche il "paradosso dell'equivalenza" (Migone, 2006), ovvero il fatto che, a fronte delle differenze tra approcci terapeutici, tutti risultavano egualmente efficaci. Si configurava quindi una situazione nella quale, pur mettendo in competizione modelli psicoterapeutici diversi, nessuno ne usciva vincitore (Dazzi, 2006).

La seconda fase della ricerca in psicoterapia si concentrò invece sullo studio dei processi: il quesito principale era relativo a ciò che doveva verificarsi all'interno della terapia perché essa portasse a esiti positivi. Inoltre, concentrarsi sui processi era anche un tentativo di trovare una risposta al "paradosso dell'equivalenza" precedentemente descritto (Migone, 2006). È anche in questa fase che, per rendere confrontabili le diverse

---

<sup>1</sup> Acronimo per '*Dialectical Behavior Therapy*', in italiano 'Terapia dialettico-comportamentale', approccio terapeutico nato per il trattamento di pazienti diagnosticati con un disturbo borderline di personalità.

<sup>2</sup> Acronimo per '*Treatment As Usual*', indica generalmente un trattamento non manualizzato che si attiene alle linee guida standardizzate per il trattamento di una specifica condizione.

terapie, vi fu la diffusione di manuali descrittivi dei singoli approcci psicoterapeutici che ne elencavano le caratteristiche principali. Definivano inoltre delle *rating scales*, che rendevano possibile quantificare il grado in cui una terapia rappresentava effettivamente quanto previsto dal manuale dell'approccio applicato (Migone, 2006).

La terza fase ha spostato l'attenzione dall'analisi degli esiti alla valutazione dettagliata dei processi che si giocano nelle singole sedute psicoterapeutiche e che a livello clinico si manifestano come 'macroprocessi', e dei fattori curativi; tale valutazione ha anche beneficiato dell'uso di strumenti come l'audioregistrazione delle sedute di psicoterapia. Inoltre in questa fase si è osservata anche la tendenza a uscire dai confini dei singoli approcci psicoterapeutici (Migone, 2006).

Il lavoro che deriva da queste tre fasi di sviluppo della ricerca in psicoterapia ha permesso di raggiungere la fase presente, nella quale chi si dedica alla disciplina può fare affidamento sui 'risultati ormai incontrovertibili' (Migone, 2006, pp. 43) che riguardano l'efficacia e la superiorità della psicoterapia rispetto alla remissione spontanea, l'importanza delle variabili legate alla persona, il ruolo della relazione tra paziente e terapeuta e l'esistenza di un'equivalenza tra diverse terapie (Migone, 2006).

Un problema della ricerca tuttora presente riguarda la distanza tra la condizione sperimentale e la pratica clinica quotidiana (Migone, 2006). Ciò vuol dire che la significatività statistica dei dati, relativa alla grandezza dell'effetto, non necessariamente coincide con la significatività clinica, la quale invece riguarda il significato che tale effetto assume per il paziente e per il terapeuta (Dazzi, 2006). Questo implica che la significatività statistica deve essere solo uno dei tanti parametri che la ricerca in questo campo deve considerare (Del Corno, 2006). Inoltre permane il fatto che non risulta esistere un approccio psicoterapeutico nettamente superiore agli altri. Un esempio concreto di questo fenomeno si può ritrovare in una recente meta-analisi relativa all'efficacia di diversi approcci psicoterapeutici nel trattamento del disturbo borderline di personalità: lo studio non ha rilevato differenze significative nell'efficacia dei numerosi approcci esaminati nel trattamento di questo disturbo (Setkowski et al., 2023).

## 1.2 Il disturbo borderline di personalità: la storia e la ricerca

Il disturbo borderline di personalità ha posto e tuttora pone numerose sfide alla ricerca e al trattamento, che riguardano principalmente il fatto che questo quadro psicopatologico ha un impatto significativo, profondo e radicato su tutto il funzionamento della persona, e i tassi di comorbidità con altri disturbi di personalità e con altre condizioni quali, ad esempio, i disturbi dell'umore e i DCA<sup>3</sup>, sono molto alti (Migone & Semerari, 2006). Un altro fattore da considerare è l'alta eterogeneità presente tra pazienti con la stessa diagnosi: per diagnosticare il disturbo borderline di personalità è infatti necessario che il paziente soddisfi almeno 5 dei 9 criteri diagnostici stabiliti dal DSM<sup>4</sup>-5-TR (DSM-5-TR, 2023). I problemi relativi all'inquadramento teorico del disturbo borderline di personalità ne hanno caratterizzato la storia fin dalle origini.

Il termine 'borderline' comparve per la prima volta nel 1938, anno in cui Stern lo usò per descrivere un numeroso gruppo di pazienti che occupava una posizione liminale tra psicosi e nevrosi, poiché presentava delle caratteristiche tipiche di entrambe le categorie (Stern, 1938). Nel 1949 Hoch e Polatin descrissero alcune delle caratteristiche principali di questi pazienti, tra le quali rientravano una forte ansia legata a tutti gli aspetti della vita, denominata 'panansietà' (Hoch & Polatin, 1949, p. 250), aspetti depressivi oppure di anedonia<sup>5</sup>, difficoltà nella regolazione delle emozioni, nelle libere associazioni e nell'accesso alle memorie d'infanzia (Hoch & Polatin, 1949). Di particolare importanza è stato anche il contributo di Knight, il quale nel 1953 scrisse approfonditamente riguardo agli 'stati borderline' (Knight, 1953), descrivendo i pazienti borderline come individui che mantenevano un contatto con la realtà, e per questo non si poteva considerarli psicotici, ma con un funzionamento significativamente compromesso, troppo perché potessero essere ritenuti nevrotici. In più anche il loro Io era compromesso in numerose sue funzioni, ad esempio la formazione di concetti, la pianificazione realistica e il giudizio. Tuttavia, poiché questi pazienti mostravano, seppur sporadicamente, di essere consapevoli dei loro comportamenti peculiari derivanti proprio dall'indebolimento delle

---

<sup>3</sup> Acronimo per 'Disturbi del Comportamento Alimentare'.

<sup>4</sup> Acronimo per '*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*', ovvero il 'Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali', che racchiude i criteri e gli standard che guidano la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali; è un manuale a cura dell'APA, l'*American Psychiatric Association*'.

<sup>5</sup> Condizione in cui l'individuo non prova emozioni positive e di piacere in relazione ad attività cui in condizioni normali si associano queste sensazioni.

funzioni dell'Io, la loro compromissione non era completa. A proposito del trattamento degli 'stati borderline', Knight suggeriva una terapia improntata sulla fortificazione dell'Io per migliorare la padronanza delle emozioni e della realtà (Knight, 1953).

Molto importante è stato il lavoro svolto da Kernberg tra gli anni '60 e '70. Nei suoi lavori Kernberg definì per la prima volta il costrutto di organizzazione di personalità borderline, le sue caratteristiche distintive e le principali sfide poste al trattamento. I pazienti con un'organizzazione borderline di personalità presentavano una scarsa tolleranza allo stress e all'ansia, scarso controllo sulle proprie emozioni, episodi psicotici transitori esperiti in condizioni di forte stress, meccanismi di difesa primitivi quali scissione, proiezione e identificazione proiettiva. Il trattamento si rivelava difficile poiché, oltre alla forte emotività dis-regolata e all'intensa aggressività, i meccanismi di identificazione proiettiva, idealizzazione e svalutazione potevano mettere in seria difficoltà il terapeuta (Kernberg, 1968).

Questa prima fase di inquadramento teorico del disturbo borderline di personalità culminò nel 1980 con la pubblicazione del terzo volume del DSM a cura dell'APA, il quale per la prima volta lo riconosceva ufficialmente (Gunderson, 2009). A seguire venne una seconda fase di approfondimento: vennero pubblicati articoli scientifici relativi all'attendibilità dei criteri diagnostici enumerati dal DSM-III (Pope, Jonas, Hudson, Cohen & Gunderson, 1983), all'eziologia, ai fattori di rischio e al ruolo del trauma nella genesi del disturbo (Paris, 1994; Paris, Zweig-Frank & Guzder, 1994; Fossati, Madeddu & Maffei, 1999). L'attenzione della ricerca si spostò anche sulle possibili opzioni di trattamento del disturbo, sulla base di studi sulla loro valutazione a lungo termine (Paris, Brown & Nowlis, 1987) e sulla psicofarmacologia (Soloff, 1981). Tra anni '80 e '90 vennero manualizzati e iniziarono a essere studiati alcuni tra i più importanti trattamenti, come la DBT di Linehan (Linehan, 1987; Linehan et al., 1993).

Al giorno d'oggi la ricerca sull'eziologia e sul trattamento del disturbo borderline di personalità vanta un vasto numero di pubblicazioni scientifiche anche se vi sono ancora numerosi aspetti da approfondire. Ad esempio è presente il "paradosso dell'equivalenza", che deve ancora essere compreso nelle sue motivazioni. Inoltre, a fronte degli alti tassi di *drop-out* e di non responsività al trattamento, è importante esplorare in che modo i

trattamenti attualmente disponibili possano essere ulteriormente migliorati (Leichsenring et al., 2024).

### **1.3 Disturbo borderline di personalità: caratteristiche e problematicità**

A più di 40 anni dal suo inserimento nel DSM, il disturbo borderline di personalità continua ad essere molto studiato. Nella più recente edizione del DSM è descritto come caratterizzato dall'instabilità emotiva, relazionale e del Sé e dall'impulsività. Gli eventuali miglioramenti, oltre ad essere molto difficili da ottenere, sono anche poco duraturi (DSM-5-TR, 2023).

L'eziologia del disturbo borderline di personalità è spesso caratterizzata da episodi di trascuratezza e di abuso, soprattutto sessuale, nel corso dell'infanzia, nella quale le esperienze avverse non permettono di sviluppare un legame di attaccamento sicuro con le figure di riferimento primarie, di imparare a riconoscere correttamente le proprie e altrui emozioni, e di integrare rappresentazioni mentali e stati affettivi positivi e negativi. L'esito ultimo è una scarsa stabilità nelle rappresentazioni del Sé e dell'Altro (Gabbard, 2015). Sono anche presenti alterazioni a livello dell'asse HPA<sup>6</sup> e dell'amigdala<sup>7</sup>, che si traducono in un'aumentata iper-reattività agli stimoli: ciò significa che il paziente borderline sarà sempre all'erta e tenderà a interpretare volti con espressioni neutre come ostili e a reagire esageratamente a tale ostilità percepita (Gabbard, 2015). Inoltre vi sono delle alterazioni a carico dei circuiti inibitori, gestiti dalla corteccia prefrontale, che impediscono al paziente borderline di controllare le proprie reazioni emotive (Gabbard, 2015).

Le opzioni di trattamento a disposizione al giorno d'oggi sono numerose, ed oltre alla già citata DBT, esistono anche la TFP e la ST<sup>8</sup>. Oltre ai trattamenti psicoterapeutici, il paziente borderline può richiedere periodi di ospedalizzazione, soprattutto nei casi più gravi e nei momenti di esacerbazione del disturbo, ove sono comuni le condotte autolesive, le minacce suicidarie e la perdita momentanea del contatto con la realtà (Gabbard, 2015). Infine, in alcuni casi, può essere utile ricorrere alla farmacoterapia per

---

<sup>6</sup> Asse che permette all'ipofisi, all'ipotalamo e alle ghiandole surrenali di coordinare la loro attività.

<sup>7</sup> Parte del sistema limbico coinvolta nella risposta agli stimoli minacciosi e pericolosi.

<sup>8</sup> Rispettivamente, acronimi per '*Transference-Focused Psychotherapy*' e '*Schema Therapy*'.

trattare i sintomi delle condizioni eventualmente presenti in comorbidità con il disturbo borderline di personalità; va tenuto conto del fatto che non esiste un singolo farmaco approvato per il trattamento specifico di quest'ultimo (Gabbard, 2015).

Nonostante esistano trattamenti psicoterapeutici manualizzati di comprovata efficacia, restano ancora diverse sfide al trattamento dei pazienti borderline. A causa della storia e delle caratteristiche del disturbo e dello stigma esistente nei confronti dei pazienti con questa diagnosi, diffuso tanto nella popolazione comune quanto tra professionisti, l'accesso a un trattamento adeguato può essere difficile.

Una recente meta-analisi (Klein, Fairweather & Lawn, 2022) di 57 articoli scientifici, il cui obiettivo era chiarire l'impatto dello stigma sul trattamento dei pazienti borderline, ha rilevato che essi possono trovare difficoltà fin dal momento della diagnosi: spesso infatti i professionisti del settore sono riluttanti nell'eseguire una diagnosi di disturbo borderline di personalità per motivi legati alla presunta scarsa validità del costrutto e per le credenze relative al suo essere difficilmente trattabile. Quest'ultimo aspetto può anche portare al rifiuto di trattare questi pazienti. È frequente anche che venga messa in discussione la validità della diagnosi stessa di disturbo borderline, poiché questi pazienti vengono visti come persone che ricercano attenzioni, soprattutto tramite condotte autolesive e minacce di suicidio, piuttosto che come individui che soffrono di una complessa condizione. Inoltre questi comportamenti possono facilmente mettere in difficoltà e frustrare il personale medico e sanitario che deve gestire i pazienti borderline in crisi (Klein et al., 2022). Un altro studio ha riportato che un'ulteriore difficoltà incontrata dai pazienti borderline nell'accesso al trattamento riguarda gli alti costi da sostenere (Lohman et al., 2017).

Al problema dello stigma si lega anche il tema della psicofarmacologia. Infatti, sebbene il trattamento da preferire in questo caso sia la psicoterapia, il problema della sovr-prescrizione di psicofarmaci è diffuso. Due studi (Martín-Blanco et al., 2017; Bridler et al., 2015) hanno rilevato che le percentuali di pazienti trattati con psicofarmaci nei campioni esaminati erano, rispettivamente, dell'88.4% (Martín-Blanco et al., 2017) e del 90% (Bridler et al., 2015). In più, almeno la metà dei pazienti in entrambi i campioni era in trattamento con 2 o più farmaci (Martín-Blanco et al., 2017; Bridler et al., 2015).

Uno degli aspetti problematici dell'eccessiva prescrizione di farmaci è legato all'instabilità e all'impulsività caratterizzanti il disturbo, per cui spesso i pazienti borderline modificano autonomamente le dosi di farmaco assunte senza informare il proprio psichiatra (Gabbard, 2015). Un ulteriore aspetto problematico riguarda la prescrizione di farmaci noti per il fatto di creare dipendenza, come le benzodiazepine che, nello studio di Bridler e colleghi, è stato rilevato essere prescritto a circa il 30% del campione (Bridler et al., 2015). Alcuni motivi per i quali gli specialisti spesso prescrivono psicofarmaci a pazienti borderline con eccessiva facilità riguardano la gestione delle emozioni instabili che possono facilmente frustrare chi li tratta, la difficoltà nell'accesso al trattamento, la scarsa preparazione di molti professionisti e la gestione delle crisi nei reparti ospedalieri e di pronto soccorso (Shapiro-Thompson & Fineberg, 2022).

In sintesi, spesso i pazienti con un disturbo borderline di personalità incontrano ostacoli nella ricerca di un trattamento adeguato, sia a causa di problemi strutturali, come i costi sostenuti e le lunghe liste d'attesa, che di problemi sociali legati specialmente allo stigma presente nella popolazione generale e tra i professionisti. Inoltre lo stigma può facilmente portare a trattare questi pazienti in maniera inadeguata, per esempio con la prescrizione eccessiva di farmaci laddove il trattamento preferibile sarebbe di altra natura.

## CAPITOLO 2

Il seguente capitolo si focalizzerà sulla *Dialectical Behavior Therapy*, la quale, tra le diverse opzioni di trattamento esistenti per il disturbo borderline di personalità menzionate precedentemente, costituisce l'approccio con il maggior numero di studi riguardo la sua efficacia (Leichsenring et al, 2024; Crotty et al, 2023). In particolare, ne verranno brevemente esposte le caratteristiche, e successivamente verranno presentati tre articoli scientifici recenti, i quali si sono concentrati sulla valutazione dell'efficacia di forme ridotte della DBT. Nello specifico, i primi due hanno valutato l'applicazione esclusiva del modulo *Skills Training*, il terzo una versione della DBT della durata di sei mesi. Gli articoli sono stati selezionati tra quelli pubblicati tra 2020 e 2024, usando le parole chiave 'Borderline Personality Disorder', 'Treatment', 'Outcome', 'Dialectical Behavior Therapy'.

### 2.1 La DBT: obiettivi e metodi

La DBT è un approccio psicoterapeutico a orientamento cognitivo-comportamentale nato negli anni '80 e pensato per il trattamento specifico dei pazienti borderline. Si basa sulla teoria biosociale, la quale prevede che il disturbo borderline di personalità sia fondamentalmente legato a difficoltà nella regolazione emotiva e delle risposte emotive. Tale difficoltà nasce dall'interazione tra caratteristiche individuali e ambiente invalidante: le prime riguardano le difficoltà innate nel controllo e nella regolazione emotiva, mentre le seconde le difficoltà dell'ambiente familiare nel riconoscere e validare le emozioni dell'individuo (Linehan, 2021).

Gli obiettivi fondamentali della DBT sono due: insegnare al paziente borderline la gestione e la regolazione delle risposte e degli stati emotivi, e validare i suoi pensieri, le sue emozioni e le sue azioni. Uno degli assunti di base del modello DBT è che il paziente borderline è capace di vivere in maniera funzionale, ciononostante tale capacità può venire meno a seconda dei suoi stati emotivi: il controllo dell'emotività serve quindi a rendere questa capacità stabile nel tempo e nelle situazioni (Linehan, 2021). La DBT standard prevede due moduli: uno di terapia individuale e uno di *Skills Training*, entrambi

a cadenza settimanale; quest'ultimo modulo prevede sedute di gruppo. In aggiunta a ciò sono disponibili consulenze telefoniche, terapie di gruppo supportive e altri trattamenti ausiliari laddove necessari, compresa la psicofarmacologia. Sono previsti incontri di consulenza e di supervisione per i terapeuti (Linehan, 2021). Il modulo DBT-ST<sup>9</sup> ha come obiettivo fornire al paziente gli strumenti per modificare *pattern* comportamentali, emotivi e cognitivi disfunzionali: esso è molto strutturato ed è suddiviso in quattro sotto-moduli, i quali riguardano rispettivamente le abilità di *mindfulness*, tolleranza della sofferenza mentale, regolazione emotiva ed efficacia interpersonale, e si susseguono l'uno all'altro. In più vi è un quinto sotto-modulo inerente alle capacità di autogestione, che si estende per tutta la durata del modulo DBT-ST, poiché è cruciale per l'apprendimento, l'applicazione e il mantenimento di tutte le altre abilità. Il trattamento DBT ha una durata di almeno un anno, allo scadere del quale il contratto tra paziente e terapeuta è rinnovabile (Linehan, 2021).

## ***2.2 'Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder'***

Nel loro studio pubblicato nel 2021 Heerebrand, Bray, Ulbrich, Roberts ed Edwards avevano l'obiettivo di valutare se il modulo DBT-ST da solo fosse efficace nel trattamento di pazienti borderline adulti. Il fatto che spesso i pazienti borderline si rivolgano al pronto soccorso e richiedano ricoveri ospedalieri in caso di crisi costituisce un peso economico importante per i sistemi sanitari, oltre a instaurare un circolo vizioso di mantenimento delle condotte disfunzionali; in aggiunta a ciò, la DBT è un approccio efficace da un lato ma dispendioso sia in termini di tempo che di risorse dall'altro. L'applicazione di una singola componente della DBT ridurrebbe il dispendio di risorse fornendo comunque esiti positivi.

Lo studio si è svolto nella regione dell'Australia Meridionale, presso l'*Eastern Community Health Service* (ECMHS), un servizio di comunità dedicato ad adulti con problemi di salute mentale e che offre numerosi programmi, tra cui uno di DBT standard e uno di sola DBT-ST. Quest'ultimo programma ha una durata di 18-21 settimane, con

---

<sup>9</sup> Acronimo per '*Dialectical Behavior Therapy-Skills Training*'.

sedute settimanali di gruppo della durata di 150 minuti; a partire dal 2015, con l'aggiornamento delle linee guida dello *Skills Training*, essa è stata allungata a 180 minuti. Lo studio ha esaminato i dati delle sedute che hanno avuto luogo tra luglio 2010 e dicembre 2016. I pazienti di cui sono stati raccolti i dati erano 114, con un'età media di 32 anni, e potevano continuare a usufruire del TAU<sup>10</sup> esterno all'ECMHS. La diagnosi di disturbo borderline di personalità è stata verificata prima di avviare il programma. Tra i criteri di esclusione dallo studio vi erano la presenza di psicosi e di disturbo antisociale di personalità, condizioni mediche gravi, la presenza di tratti narcisistici oppure antisociali che potessero inficiare l'abilità di stare in un gruppo terapeutico. La presenza di condotte autolesive o suicidarie non ha invece costituito un criterio di esclusione.

Heerebrand e colleghi hanno definito l'efficacia del trattamento in termini di riduzione di sintomi borderline, *distress* psicologico, depressione, accessi al pronto soccorso e frequenza dei ricoveri ospedalieri, e di incremento nella qualità dello stato personale generale. Le misure e gli strumenti impiegati per la valutazione di questi aspetti, somministrati all'inizio e alla conclusione del trattamento, erano *self-report*<sup>11</sup>. Essi erano: il *McLean Screening Instrument* (MSI), la *Borderline Symptom List-23* (BSL-23), il *Borderline Symptom List-Supplement* (BSL-Sup), la *Kessler Psychological Distress Scale* (K10), l'*Inventory of Depressive Symptomatology-Self-report* (IDS-23). I dati raccolti circa la frequenza degli accessi in pronto soccorso e delle ospedalizzazioni facevano riferimento a 6 mesi pre- e post-trattamento.

L'analisi dei risultati pre- e post-trattamento degli strumenti citati si è svolta applicando il modello lineare misto, mentre per l'analisi della frequenza degli accessi in pronto soccorso e delle ospedalizzazioni sono state impiegate equazioni di stima generalizzate; questi ultimi dati sono stati trasformati in risposte binarie e si è fatto ricorso al test di McNemar per la loro analisi. Per valutare i cambiamenti clinici pre- e post-trattamento sono stati applicati test di McNemar e test dei ranghi con segno di Wilcoxon. L'affidabilità dei cambiamenti nei valori riportati nella BSL-23 pre- e post-trattamento è stata esaminata con indici di cambiamento affidabile (RCIs).

---

<sup>10</sup> 'Treatment As Usual', che in questo caso consisteva in trattamenti erogati da psichiatri, psicoterapeuti, medici di base..., e includeva anche la psicofarmacologia.

<sup>11</sup> Strumenti somministrati direttamente ai pazienti, i quali devono riportare autonomamente le loro risposte ai quesiti posti.

La percentuale di *drop-out* registrata a trattamento concluso era del 27.2%, più bassa se comparata ad altri studi simili; 83 pazienti hanno completato il trattamento. Per quanto riguarda i sintomi del disturbo borderline di personalità, la comparazione dei risultati pre- e post-trattamento del MSI ha evidenziato una riduzione statisticamente significativa nei valori, con *effect size*<sup>12</sup> molto grande. Anche la comparazione dei risultati della BSL-23 e della BSL-Sup ha messo in evidenza un miglioramento, con *effect size* moderata e piccola, rispettivamente. Inoltre la scala BSL-Qual, completata da 83 pazienti e relativa alla qualità della vita, ha riportato un incremento significativo nei suoi valori. Per quanto concerne il *distress* psicologico e la depressione, la comparazione pre- e post-trattamento degli esiti sia della K10 che dell'IDS-23 ha rilevato un miglioramento significativo nelle condizioni dei pazienti. Infine, si è anche osservata una diminuzione significativa nel numero di accessi ai reparti di pronto soccorso. Anche i ricoveri ospedalieri sono diminuiti, tuttavia non vi è stato un cambiamento significativo. Va inoltre menzionato che ci sono stati pazienti che non hanno riportato miglioramenti, e in alcuni casi ci sono stati dei peggioramenti.

### ***2.3 “Skills for pills”: The dialectical-behavioural therapy skills training reduces polypharmacy in borderline personality disorder’***

L'obiettivo dello studio di Soler, Casellas-Pujol, Fernández-Felipe, Martín-Blanco, Almenta e Pascual, pubblicato nel 2022, era verificare se il modulo DBT-ST fosse efficace nel ridurre la psicofarmacologia in pazienti borderline adulti, poiché la sovra-prescrizione di psicofarmaci in questi casi è una pratica diffusa, pur non essendo indicata. L'applicazione di una forma ridotta di DBT costituirebbe quindi un trattamento accessibile, adeguato, meno dispendioso ed efficace nel ridimensionare la quantità di farmaci prescritta, che se eccessiva e soprattutto se non associata a una psicoterapia costituisce una pratica clinica non indicata.

Lo studio, di tipo osservazionale retrospettivo, è stato condotto su un campione di 377 pazienti, di età media di 30 anni, che si sono rivolti all'unità ambulatoriale per il disturbo borderline di personalità del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, a Barcellona, tra

---

<sup>12</sup> 'Dimensione dell'effetto'.

gennaio 2010 e dicembre 2020. Questa unità offre, oltre a servizi di approfondimento diagnostico e di gestione delle crisi, anche un programma DBT-ST della durata di sei mesi e con sedute settimanali da 120 minuti. La diagnosi di disturbo borderline è stata verificata tramite un colloquio clinico e l'impiego di due interviste strutturate, la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder* (SCID-II) e la *Diagnostic Interview Revised for Borderlines* (DIB-R). Per valutare la natura e la quantità di farmaci prescritti è stato impiegato il *Medical Load Index*. Il campione è stato suddiviso in due sottogruppi, uno dei quali ha partecipato alla DBT-ST (182 pazienti), mentre l'altro (195 pazienti) ha costituito il gruppo di controllo, non usufruendo né di altre forme di DBT né di psicoterapie specifiche per il disturbo borderline, optando per altri servizi quali le consultazioni psichiatriche di gestione delle crisi. Tutti i partecipanti si sono sottoposti a sedute psichiatriche periodiche per il monitoraggio della psicofarmacologia prescritta.

Le informazioni demografiche e cliniche dei partecipanti sono state descritte con misure di frequenza, tendenza centrale e dispersione. Per la comparazione di questi dati tra i due sottogruppi, Soler e colleghi hanno impiegato il test del chi quadrato per le variabili categoriali e il t-test per le variabili continue. Per la valutazione dell'effetto del trattamento sulle differenze pre- e post-trattamento nel numero medio di farmaci prescritti e del *Medical Load Index* sono state effettuate ANOVA<sup>13</sup> a misure ripetute: laddove si sono rilevate relazioni significative sono state svolte analisi *post-hoc*. L'*effect size*, riportata in eta quadrata, ha assunto valori di 0.01, 0.06 e 0.14, indicanti rispettivamente un effetto piccolo, moderato e grande.

All'inizio del trattamento l'84.4% dei pazienti era in trattamento psicofarmacologico, il 46.9% con tre o più farmaci contemporaneamente; i farmaci più prescritti erano gli antidepressivi, seguiti dalle benzodiazepine, dagli stabilizzanti dell'umore e dagli antipsicotici. Il sottogruppo DBT-ST riportava in media un quadro clinico più grave e assumeva più psicofarmaci, soprattutto antidepressivi e benzodiazepine. A trattamento ultimato il sottogruppo DBT-ST ha riportato delle riduzioni significative nel numero di farmaci prescritti e nel *Medical Load Index*: in entrambi i casi l'*effect size* relativo al trattamento era grande. In particolare, Soler e colleghi hanno rilevato una riduzione nell'assunzione di benzodiazepine, stabilizzanti dell'umore e antipsicotici. Al contrario,

---

<sup>13</sup> Acronimo per '*Analysis of Variance*', ovvero 'analisi della varianza'.

nessuna diminuzione significativa nell'assunzione di farmaci è stata rilevata nel sottogruppo di controllo.

Gli autori ritengono che i pazienti del sottogruppo DBT-ST, mediamente più gravi, abbiano riportato esiti migliori di quelli del gruppo di controllo, meno gravi, poiché più motivati dalla serietà della propria condizione a ricercare delle strategie alternative per gestire i propri sintomi. Il principio di base della DBT-ST, che secondo gli autori ha contribuito alla riduzione nella necessità di ricorrere a psicofarmaci, consiste nel fornire al paziente gli strumenti per riconoscere e gestire emozioni e risposte emotive, aumentando quindi il proprio senso di auto-efficacia e diminuendo la dipendenza dalla psicofarmacologia per la gestione dei sintomi. Secondo Soler e colleghi, il sottogruppo di controllo non ha riportato gli stessi esiti in quanto, non avendo usufruito della DBT-ST, non disponeva di questi strumenti alternativi agli psicofarmaci, quindi ha continuato a fare affidamento su di essi. Gli autori ipotizzano anche che questi pazienti potrebbero aver preferito opzioni di trattamento più immediate e di diverso tipo, e aver ritenuto la psicofarmacologia l'unica opzione efficace per la gestione dei sintomi. Inoltre, l'assenza di strumenti diversi dai farmaci potrebbe aver indirettamente influenzato gli psichiatri di questi pazienti, che in assenza di alternative avrebbero preferito non modificare la psicofarmacologia già prescritta.

#### ***2.4 'The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial'***

McMain, Chapman, Kuo, Dixon-Gordon, Guimond, Labrish, Isaranuwachai e Streiner, nel loro articolo pubblicato nel 2022, riportano i risultati di un confronto tra due trattamenti DBT standard, uno da 12 mesi e uno da 6, avviato nel 2018. L'obiettivo era quindi di verificare se una versione più breve della DBT fosse non inferiore alla DBT da 12 mesi, poiché prima di questo studio non ne risultavano altri che avessero fatto questa comparazione. Inoltre, come negli articoli precedenti, l'idea è che un trattamento più breve, se efficace, sarebbe più facile da implementare e meno dispendioso.

Lo studio è stato condotto presso il *Center for Addiction and Mental Health* (CAMH) a Toronto e la *Simon Fraser University* (SFU) a Burnaby, in Canada. Il campione

comprendeva 240 pazienti, assegnati casualmente ai gruppi DBT-12 o DBT-6 con una proporzione 1:1. I criteri di esclusione dallo studio erano: la presenza di disturbo bipolare di tipo I, di demenza e/o di psicosi, di condizioni mediche gravi, di un quoziente intellettivo pari o inferiore a 70, l'aver partecipato ad almeno 8 settimane di DBT nell'anno precedente allo studio, l'intenzione di trasferirsi in un altro Stato durante il periodo dello studio. La diagnosi di disturbo borderline e delle altre condizioni eventualmente presenti in comorbidità è stata verificata con l'*International Personality Disorder Examination* (IPDE), la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) e la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II).

Gli strumenti impiegati per la valutazione degli esiti, somministrati all'avvio del trattamento e durante il suo svolgimento a intervalli di tre mesi, fino a due anni dall'inizio dello studio, erano il *Suicide Attempt Self-Injury Interview* (SASII), la *Borderline Symptom List-23* (BSL-23), la *Symptom Checklist-90-Revised (Global Severity Index)* (SCL-90-R), lo *State-Trait Anger Expression Inventory-2 (Anger Expression-Out Subscale)* (STAXI-2), il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II), l'*Inventory of Interpersonal Problems-64* (IIP-64) e la *DBT Ways of Coping Checklist (Skills Use Subscale)* (DBT-WCCCL). Essi valutano, rispettivamente, la presenza di comportamenti autolesivi e di tentativi di suicidio, i sintomi borderline, la psicopatologia generale, l'espressione della rabbia, la depressione, il funzionamento interpersonale e l'acquisizione delle abilità. Infine per la misurazione del numero degli psicofarmaci prescritti e dei trattamenti psicologici esterni allo studio è stata impiegata la *Treatment History Interview-2* (THI-2). L'*outcome* primario per la valutazione dell'efficacia del trattamento riguardava la frequenza delle condotte autolesive, compresi i tentativi di suicidio e le condotte autolesive non suicidario, mentre i cambiamenti nelle altre aree sono stati considerati *outcomes* secondari.

Per modellare le variazioni su tutti gli *outcomes*, McMain e colleghi hanno fatto ricorso al modello di regressione lineare di Piecewise; per gli *outcomes* non distribuiti normalmente sono stati applicati modelli lineari generalizzati misti, mentre per gli *outcomes* distribuiti normalmente sono stati usati modelli lineari misti. I test di non-inferiorità sono stati basati sui contrasti tra le medie marginali stimate per il campione per-protocollo (ovvero che ha completato il trattamento). Su questa base si sono stabiliti

due intervalli di confidenza al 95%. La DBT-6 poteva considerarsi non-inferiore alla DBT-12 se il valore più basso dell'intervallo di confidenza riportato era più alto di quello stabilito in questo modo; inoltre, i margini di non-inferiorità sono stati integrati anche con un giudizio clinico, proveniente da 5 clinici estranei allo studio e ottenuto prima dell'avvio delle procedure di analisi dei dati. Infine, delle ANOVA a misure ripetute sono state eseguite per rilevare la presenza di variazioni significative nel numero di farmaci prescritti e nei trattamenti psicologici esterni allo studio.

La percentuale generale di *drop-out* è stata del 30%, senza differenze significative tra gruppi: 168 pazienti in totale hanno portato a termine il trattamento. La quantità di farmaci prescritti e di trattamenti psicologici esterni allo studio è diminuita significativamente in entrambi i gruppi nel corso dei 24 mesi dall'inizio del trattamento. Per quanto riguarda l'*outcome* primario sono state rilevate riduzioni significative nelle condotte autolesive e nei tentativi di suicidio in entrambe le condizioni. Anche per quanto concerne gli *outcomes* secondari, McMain e colleghi hanno rilevato un miglioramento significativo nei quadri psicopatologici generali dei pazienti e nelle abilità di gestione dei sintomi, in entrambe le condizioni sperimentali. È stato tuttavia osservato che al 6° mese di trattamento i miglioramenti nella psicopatologia generale e nei sintomi borderline sono stati superiori nel gruppo DBT-6 rispetto al gruppo DBT-12. Inoltre, il 56% dei pazienti in entrambi i gruppi ha riportato remissione dei sintomi borderline, in riferimento ai valori ottenuti alla IPDE a 24 mesi dall'inizio del trattamento; il 75% dei pazienti in entrambe le condizioni ha riportato l'assenza totale o parziale di condotte autolesive alla fine del trattamento e a 24 mesi dal suo inizio, con solo il 5% che ha riportato invece un peggioramento.

L'analisi dei risultati ha portato McMain e colleghi a ritenere che la DBT-6 non è inferiore alla DBT-12 per quanto riguarda gli *outcomes* primari e secondari, soprattutto per quanto riguarda le condotte autolesive, la psicopatologia generale e le strategie di *coping*, che hanno registrato miglioramenti a ogni punto nell'arco dei due anni presi in considerazione dallo studio. In più viene riportato che nel gruppo DBT-6 i sintomi borderline e il quadro psicopatologico generale sono migliorati molto più velocemente che nel gruppo DBT-12: questo potrebbe essere legato al fatto che i trattamenti brevi motivano maggiormente tanto il paziente quanto il terapeuta a impegnarsi per raggiungere un esito positivo in tempi ristretti. Per quanto la non-inferiorità della DBT-6 rispetto alla DBT-12 non sia stata

confermata per tutti gli *outcomes* secondari, non sono neanche stati raccolti dati in favore della superiorità della seconda sulla prima.



## CAPITOLO 3

Nei precedenti capitoli è stato presentato l'inquadramento teorico del disturbo borderline di personalità, partendo dalla storia generale della ricerca in psicoterapia, proseguendo con la storia della ricerca sul disturbo, per concludere con la descrizione delle sue caratteristiche e problematicità. Sono poi stati descritti tre articoli scientifici recenti, incentrati sulla valutazione dell'efficacia di forme ridotte della *Dialectical Behavior Therapy*, in relazione al solo modulo *Skills Training* e alla DBT standard della durata di 6 mesi.

Considerato quanto trattato nel primo capitolo, è noto che il disturbo borderline di personalità è una condizione complessa e che arreca molta sofferenza. Oltre allo stigma e ai pregiudizi diffusi su di esso, esistono anche altri ostacoli all'accesso a un trattamento adeguato: essi riguardano, per quanto concerne la DBT standard nello specifico, la frequenza settimanale delle sedute sia individuali che di gruppo, che si protrae per almeno un anno, e la formazione richiesta ai terapeuti DBT, fattori che implicano un dispendio significativo di tempo e di risorse, oltre ad avere un impatto sulle liste di attesa (Heerebrand et al, 2021). È anche per questo motivo che, soprattutto in strutture con risorse limitate, si applicano forme ridotte della DBT, come il solo modulo *Skills Training* (Valentine et al, 2015). Negli ultimi anni sono quindi stati condotti diversi studi, oltre a quelli precedentemente esposti, che valutano l'efficacia di versioni ridotte della DBT (Linehan et al, 2015; Soler et al, 2009), per poterle eventualmente migliorare e per rendere più agevole l'accesso al trattamento.

Ciascuno dei tre studi descritti presenta delle limitazioni. Lo studio di Heerebrand e colleghi non aveva un gruppo di controllo per molte delle misure psicometriche applicate, non aveva monitorato accuratamente il trattamento psicofarmacologico, né ottenuto informazioni circa il trattamento esterno allo studio di cui i partecipanti potevano usufruire, non permettendo di escludere l'influenza di fattori esterni sui risultati. In più, alcune delle caratteristiche demografiche del campione, come genere ed etnia, potrebbero ridurre la generalizzabilità dei risultati. Lo studio di Soler e collaboratori, non essendo un

RCT<sup>14</sup>, non permette di escludere la presenza di *bias* di selezione. Un altro limite dello studio riguarda il fatto che esso ha considerato solo il decremento nel numero di farmaci prescritti, ma non anche altre variabili: come scritto nel primo capitolo, un effetto statisticamente significativo non necessariamente implica un effetto clinicamente significativo. In questo contesto, ciò significa che non è noto se al decremento del numero di farmaci prescritti si è associato anche un miglioramento nel funzionamento generale del paziente, né è nota la natura di tale miglioramento. A questo si aggiunge anche il fatto che, non considerando altre variabili, non è possibile stabilire se il decremento dei farmaci prescritti è dovuto a un miglioramento clinico o anche ad altri fattori esterni. Infine, anche McMMain e colleghi segnalano alcune limitazioni presenti nel loro studio. La prima di esse riguarda l'affidamento fatto a misure di *self-report* per la valutazione dell'*outcome* primario, ovvero l'autolesionismo: poiché i dati a riguardo sono stati ottenuti tramite la SASII, un'intervista semi-strutturata, essi potrebbero essere oggetto di *bias*. Una seconda limitazione riguarda i margini di non-inferiorità, i quali potrebbero essere potenzialmente troppo ampi oppure troppo ristretti, comportando quindi una distorsione dei risultati. Un terzo limite riguarda invece il fatto che McMMain e collaboratori non hanno controllato rigorosamente i trattamenti ausiliari alla DBT di cui i pazienti potevano usufruire, perciò non è possibile stabilire se essi hanno influenzato i risultati dello studio e in che modo. Infine, l'assenza di un gruppo di controllo non permette di studiare a fondo la possibile presenza di fattori non-specifici che potrebbero avere influenzato i risultati della ricerca.

Nonostante queste limitazioni, gli studi descritti hanno riportato risultati interessanti, che aprono la strada a ricerche future e permettono di fare alcune considerazioni. È evidente infatti che trattamenti ridotti e più brevi sono efficaci per i pazienti borderline: questo sfida il pregiudizio secondo il quale i disturbi di personalità sono condizioni complesse che richiedono necessariamente trattamenti lunghi, complicati e quindi dispendiosi (McMMain et al, 2022). Un trattamento ridotto richiede un minore investimento di risorse in termini di denaro, tempo e personale, e quindi sarebbe più facilmente disponibile e accessibile per i pazienti.

---

<sup>14</sup> Acronimo per '*Randomized Controlled Trial*', 'Studio controllato randomizzato', un tipo di studio che mira a ridurre *bias* che potrebbero distorcere i risultati.

Per quanto riguarda il benessere dei pazienti, in tutti e tre gli studi si è registrato un miglioramento nelle condizioni psicologiche della maggior parte dei partecipanti, e una riduzione nei comportamenti disfunzionali e nell'assunzione di psicofarmaci; soprattutto lo studio di Soler e colleghi ha rilevato che la DBT-ST ha portato a una riduzione significativa nell'uso di farmaci poiché i pazienti sono diventati in grado di gestire in maniera funzionale ed efficace le proprie difficoltà (Soler et al, 2022). Come già anticipato, soprattutto la riduzione nell'uso di benzodiazepine è incoraggiante, poiché si tratta di farmaci che, oltre all'alto rischio di creare dipendenza, possono facilmente esacerbare i comportamenti disinibiti o suicidari comuni nei pazienti borderline (Soler et al, 2022). Lo studio di Heerebrand ha invece rilevato un decremento significativo negli accessi al pronto soccorso, quindi anche un trattamento ridotto può contribuire efficacemente a interrompere questo circolo vizioso (Heerebrand et al, 2021). Infatti, spesso l'accesso in pronto soccorso diviene una strategia di *coping* per i pazienti borderline in difficoltà dal momento che, non riuscendo a gestire i propri sintomi e ad accedere a un trattamento adeguato, il pronto soccorso sembra essere l'unica strategia accessibile per controllarsi. Tuttavia, poiché in pronto soccorso il paziente borderline non riceve un trattamento a lungo termine, il problema non si estingue e l'accesso in pronto soccorso si ripete, rinforzando quindi le condotte disfunzionali (Vandyk et al, 2019).

Lo studio di Heerebrand e collaboratori evidenzia che, sebbene non aver analizzato accuratamente il trattamento esterno allo studio possa costituire un limite, questo possa essere anche un fattore positivo, calando lo studio nella quotidianità di questo tipo di pazienti (Heerebrand et al, 2021). Soler e colleghi ritengono inoltre che l'affiancamento sinergico tra psicofarmacologia e trattamento psicoterapeutico possa costituire un'opzione di trattamento molto efficace (Soler et al, 2022).

In sintesi, pur considerando i limiti presenti, questi tre articoli permettono di sostenere che forme ridotte della DBT costituiscano un'opzione efficace per il trattamento del disturbo borderline di personalità. Permettono inoltre di ritenere che esse possano costituire una soluzione agli ostacoli nell'accesso al trattamento in quanto, essendo meno costose, sarebbe possibile implementarle in più contesti e servizi.

Gli autori dei tre studi suggeriscono alcune linee da seguire per la ricerca futura, al fine di ottenere risultati più chiari e precisi, aumentando la qualità della valutazione

dell'efficacia delle forme ridotte della DBT per il disturbo borderline. McMain e colleghi suggeriscono che l'applicazione di una forma breve di DBT possa essere preferibile per stabilizzare i sintomi borderline, per proseguire eventualmente con un altro trattamento laddove necessario, e che trattamenti più lunghi potrebbero essere riservati ai pazienti più gravi (McMain et al, 2022). Una linea da seguire riguarda quindi l'identificazione accurata delle caratteristiche dei pazienti che potrebbero trarre maggiore beneficio da trattamenti ridotti. Oltre a ciò, affinché i trattamenti possano essere efficaci per il maggior numero di persone, si suggerisce di approfondire i fattori in base ai quali i pazienti migliorano, peggiorano o rimangono stabili dopo la conclusione di un trattamento ridotto, e quali sono le loro caratteristiche (Heerebrand et al, 2021). Poiché nessuno dei tre studi citati ha esaminato a fondo la natura dei trattamenti esterni già presenti, vanno compresi gli effetti che essi, a prescindere dalla loro natura, potrebbero avere avuto sull'efficacia delle forme ridotte di DBT; inoltre, è importante capire in che modo la DBT ridotta e altri trattamenti possano agire efficacemente insieme per raggiungere i risultati migliori. Infine, un'ultima linea da seguire per la ricerca futura si dovrebbe concentrare sulla valutazione del mantenimento dei benefici ottenuti dall'applicazione di un trattamento DBT ridotto (Heerebrand et al, 2021).

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), (2023), *Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali*, Quinta Edizione, Text Revision, DSM-5-TR. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- BRIDLER, R., HÄBERLE, A., MÜLLER, S. T., CATTAPAN, K., GROHMANN, R., TOTO, S., KASPER, S., & GREIL, W. (2015). Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: a comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 25(6), 763-772.
- CROTTY, K., VISWANATHAN, M., KENNEDY, S., EDLUND, M. J., ALI, R., SIDDIQUI, M., WINES, R., RATAJCZAK, P., & GARTLEHNER, G. (2023). Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 3-29). Milano, Raffaello Cortina Editore.
- DEL CORNO, F. Come leggere e capire un articolo di ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 65-90). Milano, Raffaello Cortina Editore.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.
- FOSSATI, A., MADEDDU, F., & MAFFEI, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *Journal of personality disorders*, 13(3), 268-280.
- GABBARD, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- GUNDERSON, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.

- HEEREBRAND, S. L., BRAY, J., ULBRICH, C., ROBERTS, R. M., & EDWARDS, S. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology, 77*(7), 1573-1590.
- HOCH, P., & POLATIN, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly, 23*, 248-276.
- KERNBERG, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *Int J Psychoanal, 49*(4), 600-19.
- KLEIN, P., FAIRWEATHER, A. K., & LAWN, S. (2022). Structural stigma and its impact on healthcare for borderline personality disorder: a scoping review. *International Journal of Mental Health Systems, 16*(1), 48.
- KNIGHT, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic, 17*(1), 1-12.
- LEICHSENDRING, F., FONAGY, P., HEIM, N., KERNBERG, O. F., LEWEKE, F., LUYTEN, P., SALZER, S., SPITZER, C., & STEINERT, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry, 23*(1), 4-25.
- LINEHAN, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic, 51*(3), 261.
- LINEHAN, M. M. (2021). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello DBT*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- LINEHAN, M. M., HEARD, H. L., & ARMSTRONG, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 50*(12), 971-974.
- LINEHAN, M. M., KORSLUND, K. E., HARNED, M. S., GALLOP, R. J., LUNGU, A., NEACSIU, A. D., MCDAVID, J., COMTOIS, K. A., & MURRAY-GREGORY, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry, 72*(5), 475-482.

- LOHMAN, M. C., WHITEMAN, K. L., YEOMANS, F. E., CHERICO, S. A., & CHRIST, W. R. (2017). Qualitative analysis of resources and barriers related to treatment of borderline personality disorder in the United States. *Psychiatric Services*, *68*(2), 167-172.
- MARTÌN-BLANCO, A., ANCOCHEA, A., SOLER, J., ELICES, M., CARMONA, C., & PASCUAL, J. C. (2017). Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of persons with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(3), 323-331.
- MCMAN, S. F., CHAPMAN, A. L., KUO, J. R., DIXON-GORDON, K. L., GUIMOND, T. H., LABRISH, C., W. ISARANUWATCHAI & STREINER, D. L. (2022). The effectiveness of 6 versus 12 months of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a noninferiority randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *91*(6), 382-397.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 31-48). Milano, Raffaello Cortina Editore.
- MIGONE, P., & SEMERARI, A. (2006). La ricerca sulla psicoterapia dei disturbi di personalità. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 189-213). Milano, Raffaello Cortina Editore.
- PARIS, J. (1994). The Etiology of Borderline Personality Disorder, *Psychiatry*, *57*:4, 316-325.
- PARIS, J., BROWN, R., & NOWLIS, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive psychiatry*, *28*(6), 530-535.
- PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H., & GUZDER, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive psychiatry*, *35*(4), 301-305.
- POPE H. G., JONAS J. M., HUDSON J. I., COHEN B. M., & GUNDERSON J. G. (1983). The Validity of DSM-III Borderline Personality Disorder: A

Phenomenologic, Family History, Treatment Response, and Long-term Follow-up Study. *Arch Gen Psychiatry*. 40(1):23–30.

SETKOWSKI, K., PALANTZA, C., VAN BALLEGOIJEN, W., GILISSEN, R., OUD, M., CRISTEA, I. A., NOMA, H., FURUKAWA, T. A., ARNTZ, A., VAN BALKOM, A. J. L. M., & CUJIPER P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub) clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-20.

SHAPIRO-THOMPSON, R., & FINEBERG, S. K. (2022). The State of Overmedication in Borderline Personality Disorder: Interpersonal and Structural Factors. *Current treatment options in psychiatry*, 9(1), 1-13.

SOLER, J., CASELLAS-PUJOL, E., FERNÁNDEZ-FELIPE, I., MARTÍN-BLANCO, A., ALMENTA, D., & PASCUAL, J. C. (2022). “Skills for pills”: The dialectical-behavioural therapy skills training reduces polypharmacy in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(4), 332-342.

SOLER, J., PASCUAL, J. C., TIANA, T., CEBRIÁ, A., BARRACHINA, J., CAMPINS, M. J., GICH, I., ALVAREZ, E., & PÉREZ, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353-358.

SOLOFF, P. H. (1981). Pharmacotherapy of borderline disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 22(6), 535-543.

STERN, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7:4, 467-489.

VALENTINE, S. E., BANKOFF, S. M., POULIN, R. M., REIDLER, E. B., & PANTALONE, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 1-20.

VANDYK, A., BENTZ, A., BISSONETTE, S., & CATER, C. (2019). Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 757-765.