

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Adattamento della psicoterapia interpersonale al disturbo borderline di personalità: modello, tecniche e risultati della ricerca

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1634593.2> since 2017-05-16T12:07:54Z

Publisher:

Edizioni della SAIGA

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

This is the author's final version of the contribution published as:

Bellino, Silvio; Ghirardini, Camilla; Bozzatello, Paola. Adattamento della psicoterapia interpersonale al disturbo borderline di personalità: modello, tecniche e risultati della ricerca, in: Atti del 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Edizioni della SAIGA, 9999, pp: 1-12.

When citing, please refer to the published version.

Link to this full text:

<http://hdl.handle.net/>

Adattamento della psicoterapia interpersonale al disturbo borderline di personalità: modello, tecniche e risultati della ricerca

Silvio Bellino, Camilla Ghirardini, Paola Bozzatello

Centro per i Disturbi di Personalità, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione

Il disturbo borderline di personalità (DBP) è un disturbo psichiatrico grave con sintomi complessi e molto eterogenei. Le dimensioni psicopatologiche nucleari includono l'instabilità affettiva, l'alterazione del controllo dell'impulsività, la diffusione dell'identità e il disturbo delle relazioni interpersonali. Il DBP comporta una significativa compromissione del funzionamento sociale e lavorativo e spesso si complica con comportamenti autolesionistici o suicidari. E' un disturbo di frequente riscontro soprattutto tra i pazienti che si rivolgono ai Servizi Psichiatrici e risulta di difficile gestione clinica a causa della scarsa compliance ai trattamenti e delle gravi difficoltà relazionali che ostacolano la costruzione di una solida e proficua alleanza terapeutica.

Il trattamento del DBP

Le linee guida per il trattamento del DBP disponibili ad oggi, pur riportando raccomandazioni non omogenee, concordano sulla centralità degli interventi psicoterapici e indicano il trattamento combinato, farmacoterapia e psicoterapia, come quello di prima scelta.

Le linee guida britanniche del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) riconoscono l'utilità di interventi psicoterapici manualizzati e specifici per il trattamento del DBP, attribuendo un ruolo secondario alla farmacoterapia, il cui impiego a breve termine dovrebbe essere limitato a situazioni critiche sul piano sintomatologico o delle comorbidità. Le linee guida dell'American Psychiatric Association (2001, 2005) e le recenti revisioni sistematiche dei dati di letteratura compiute dalla Cochrane (Stoffers, 2010, 2012, 2015) sostengono l'efficacia sia degli interventi psicoterapici, sia di quelli farmacologici mirati a specifiche dimensioni sintomatologiche del DBP, quali il discontrollo degli impulsi, l'instabilità affettiva e i sintomi cognitivo-percettivi. Anche le più recenti raccomandazioni australiane del National Health and Medical Research Council (NHMRC, 2012) sottolineano l'importanza di trattamenti psicoterapici specifici per il DBP e sconsigliano l'impiego della farmacoterapia come monoterapia o come intervento di prima scelta.

La classi farmacologiche che hanno attualmente ottenuto una buona evidenza di efficacia nel trattamento del DBP sono gli stabilizzatori dell'umore (soprattutto l'acido valproico), gli antipsicotici di seconda generazione (in particolare l'olanzapina e l'aripirazolo) e gli acidi grassi poli-insaturi omega-3 (la combinazione dell'acido eicosapentaenoico e docosaesaenoico). Gli antidepressivi

serotoninergici risultano indicati solo nei casi di comorbidità con la depressione maggiore o con i disturbi d'ansia.

Per quanto riguarda le psicoterapie, recentemente sono stati formulati e manualizzati interventi specificamente progettati per pazienti affetti da DBP, ispirati a diversi modelli teorici, quello psicodinamico, quello cognitivo comportamentale e, in anni più recenti, quello interpersonale.

Tra le psicoterapie di orientamento psicodinamico, le più studiate sono state la Mentalization Based Therapy (MBT), la Transference Focused Therapy (TFP) e la Dynamic Deconstructive Psychotherapy (DDP). Tra queste la MBT, formulata da Bateman e Fonagy nel 2004, si è dimostrata efficace nel maggior numero di studi randomizzati e controllati. Si tratta di un intervento psicoterapico orientato a promuovere la funzione riflessiva e le capacità di mentalizzazione, ossia di comprensione degli stati mentali propri e altrui, che nei pazienti con DBP risultano gravemente deficitarie.

Di derivazione cognitivo-comportamentale sono invece la Dialectical Behavior Therapy (DBT), la Schema Focused Therapy (SFT), la Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS). La DBT, elaborata e ampiamente validata dal gruppo di Marsha Linehan a partire dal 1993, abbina tecniche comportamentali e di mindfulness con l'obiettivo primario di arginare le condotte autolesionistiche dei pazienti e di promuoverne le capacità di coping.

Nel 2005 John Markowitz, considerando la rilevanza nel DBP dei sintomi che hanno origine da problemi nella costruzione e nel mantenimento delle relazioni interpersonali, ha elaborato un adattamento della psicoterapia interpersonale per il trattamento di questi pazienti. L'obiettivo terapeutico consiste nel promuovere il miglioramento clinico attraverso la revisione dei modelli che questi adottano per impostare e gestire i loro rapporti.

Per quanto riguarda poi la scelta di una specifica psicoterapia, la ricerca ha da tempo messo in evidenza che l'efficacia delle psicoterapie approvate per il DBP dipende solo in parte da fattori specifici (interventi basati su esplorazione e interpretazione, approccio cognitivo e/o comportamentale, tecniche di tipo supportivo). I dati di letteratura suggeriscono che l'efficacia delle terapie dipende in gran parte da fattori comuni a tutti i modelli e sostanzialmente aspecifici. Tra questi l'attenzione viene posta su un setting di trattamento ben strutturato ed obiettivi terapeutici chiari e definiti, sulla capacità del terapeuta di empatizzare attivamente coi vissuti del paziente, sulla costruzione di un'alleanza terapeutica quanto più possibile solida e duratura, sugli interventi mirati nel qui-e-ora prevalentemente volti a regolare le reazioni emotive e comportamentali del paziente.

La psicoterapia interpersonale per il DBP

La Terapia Interpersonale (IPT), sviluppata e manualizzata negli anni '80 dallo psichiatra americano Gerald Klerman, è una delle psicoterapie evidence-based per il trattamento della depressione. Originariamente era stata formulata come terapia individuale di breve durata (12-16 settimane) per il trattamento della depressione maggiore, ma nel corso degli anni sono stati elaborati numerosi

adattamenti del modello originario applicabili ad altri disturbi psichiatrici. L'IPT pone in primo piano le relazioni interpersonali attuali del paziente, pur riconoscendo il ruolo di fattori genetici, biologici e di personalità nel determinare la genesi degli episodi depressivi. L'intervento è orientato all'individuazione di un'area problematica interpersonale (lutto, conflitto interpersonale, transizione di ruolo e deficit interpersonale) e ad un lavoro psicoterapico focalizzato su essa. L'obiettivo della terapia è la riduzione dei sintomi depressivi, ma lo scopo più generale è quello di ridurre il rischio di recidive attraverso il miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali e del funzionamento sociale del paziente. L'IPT si ispira alla scuola interpersonale neofreudiana fondata da Harry Stack Sullivan, e fa riferimento alla teoria dell'attaccamento di John Bowlby secondo cui i vincoli di attaccamento sono necessari allo sviluppo dell'individuo, alla sopravvivenza e soddisfazione personale e una loro carenza o disfunzione espone l'individuo al rischio di psicopatologia.

L'instabilità emotiva e la vulnerabilità ai disturbi dell'umore che spesso si trovano in comorbilità con i disturbi di personalità, hanno suggerito l'opportunità di prendere in considerazione la psicoterapia interpersonale come trattamento per il Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Gli autori che si sono occupati di adattare il modello originario dell'IPT alle caratteristiche cliniche e alle esigenze peculiari dei pazienti con DBP, hanno innanzitutto dovuto formulare una concettualizzazione del disturbo utile per questa psicoterapia. Secondo l'adattamento proposto da Markowitz (2005), il disturbo borderline viene definito come una patologia cronica dell'umore caratterizzata da ricorrenti episodi di rabbia incontrollata e manifestazioni di intensa impulsività. A causa della complessità clinica, della cronicità del disturbo e della difficoltà di instaurare un'alleanza terapeutica con questi pazienti, si è reso necessario estendere la durata del trattamento a 32 settimane e apportare alcune modifiche al setting e alle tecniche di intervento, al fine di arginare i momenti di crisi e garantire una maggiore collaborazione da parte del paziente. Nel modello di Markowitz il trattamento è suddiviso in due fasi. La fase iniziale dura 16 settimane e comprende 18 sedute. Gli obiettivi delle sedute iniziali sono quelli di stabilire l'alleanza terapeutica, di controllare le condotte impulsive e autolesionistiche e di promuovere un miglioramento iniziale dei sintomi. Se il paziente completa questa prima fase in modo soddisfacente e nel complesso aderisce alle regole della terapia, prosegue nella fase di continuazione con altre 16 sedute settimanali, il cui obiettivo è il consolidamento dei risultati iniziali, il rafforzamento dell'alleanza terapeutica e lo sviluppo di relazioni interpersonali più stabili e adeguate. Nel corso della terapia è prevista, in caso di necessità, una telefonata settimanale con il terapeuta della durata di circa dieci minuti, allo scopo di gestire gli episodi di crisi e di prevenire l'interruzione prematura della psicoterapia. Inoltre, come in tutte le altre terapie limitate nel tempo, la fase conclusiva riveste una grande importanza e necessita di essere curata con particolare attenzione per affrontare la delicata separazione del paziente dal terapeuta e per favorire l'acquisizione di un grado più alto di autonomia.

Recentemente è stata avanzata da Anthony Bateman (2012) la proposta di aggiungere ai quattro

tradizionali un focus sul senso di Sé in relazione agli altri, che è ritenuto dall'autore un'integrazione essenziale al modello originario al fine di includere tra le aree problematiche quella relativa all'alterazione dell'identità, che rappresenta una dimensione psicopatologica centrale del disturbo e rendere dunque il trattamento ulteriormente specifico.

Gli studi di efficacia

Seppur iniziali, i dati attualmente disponibili in letteratura sull'efficacia della psicoterapia interpersonale nel DBP sono promettenti. Tuttavia, ulteriori ricerche risultano essenziali per confermare le evidenze ottenute. Nel 1994 Angus e Gilles condussero il primo trial esplorativo randomizzato di 12 settimane su 24 pazienti borderline assegnati in alternativa all'IPT (12 sedute a frequenza settimanale) o alla Relationship Management Therapy. Gli autori, pur mantenendo il format intensivo e la breve durata, aggiunsero alle aree problematiche tradizionali quella relativa all'immagine di sé. Tale esigenza derivava dalla convinzione che il nucleo dei deficit relazionali dei pazienti borderline, oltre che all'instabilità affettiva, fosse strettamente correlato a un'immagine di sé labile e mutevole. Sfortunatamente lo studio fu interrotto precocemente a causa dell'elevato tasso di drop-out (75%). Successivamente, in uno studio pilota condotto su 8 pazienti borderline con comorbidità per disturbi dell'umore e altri disturbi di personalità, Markowitz e collaboratori (2006) osservarono che, dopo 32 settimane di trattamento con IPT adattata al paziente borderline (IPT-BPD), nessuno dei cinque pazienti che avevano completato l'intervento rispondeva più ai criteri diagnostici per il DBP. Gli stessi soggetti mostravano significativi miglioramenti della sintomatologia globale, dei sintomi depressivi e del funzionamento sociale.

Più recentemente, il nostro gruppo di lavoro (Bellino et al, 2010) ha condotto uno studio randomizzato controllato per valutare l'efficacia della terapia combinata con IPT-BPD in confronto alla farmacoterapia singola in un gruppo di pazienti ambulatoriali con disturbo borderline senza comorbidità psichiatriche. I 55 soggetti reclutati sono stati assegnati a due tipi di trattamento: l'IPT-BPD in associazione ad una terapia antidepressiva con fluoxetina (20-40 mg/die) oppure la monoterapia con fluoxetina (20-40 mg/die). Dopo un periodo di 32 settimane, entrambi i trattamenti si sono dimostrati significativamente efficaci per quanto riguarda la percentuale di risposta e il grado di miglioramento della sintomatologia globale. La terapia combinata è risultata però significativamente superiore alla singola terapia antidepressiva nel migliorare i sintomi ansiosi, la percezione soggettiva della qualità di vita in termini di funzionalità psicologica e sociale e alcuni sintomi caratteristici del disturbo borderline, quali le difficoltà nelle relazioni interpersonali, l'impulsività e l'instabilità affettiva.

Mossi dall'interesse per una maggiore individualizzazione delle cure sulla base di caratteristiche specifiche di ogni singolo paziente, ci siamo proposti di valutare, nei 27 pazienti del precedente

campione assegnati alla terapia combinata IPT-BDP e fluoxetina, i fattori predittivi di risposta al trattamento. Lo studio ha rilevato una risposta significativamente superiore alla terapia combinata nei pazienti che presentavano una sintomatologia specifica del DBP più grave al baseline ed in particolare nei soggetti con un elevato grado di paure d'abbandono, instabilità affettiva e disturbo dell'identità. Questi risultati ci hanno permesso di concludere che l'IPT-BPD, combinata con la farmacoterapia, svolge un'azione relativamente specifica, in quanto sono i sintomi caratteristici della patologia borderline, non i sintomi in generale, né quelli ansioso-depressivi, a condizionare positivamente la risposta al trattamento.

Abbiamo infine voluto valutare, in uno studio di follow-up a due anni, l'efficacia dell'IPT adattata al disturbo borderline di personalità nella terapia a lungo termine. I 44 pazienti che hanno completato lo studio di efficacia a 32 settimane (Bellino et al, 2010) hanno proseguito, una volta terminato l'intervento, il trattamento con la farmacoterapia singola (fluoxetina 20-40 mg/die) e sono stati valutati a 6, 12 e 24 mesi. I risultati ottenuti sui trenta pazienti che hanno completato il periodo di follow-up ci consentono di affermare che la significativa superiore efficacia della terapia combinata con IPT-BPD sulla percezione soggettiva della qualità di vita, sul disturbo delle relazioni interpersonali e sull'impulsività osservata al termine delle 32 settimane persiste dopo due anni. Al contrario, il vantaggio ottenuto dalla terapia combinata sui sintomi ansiosi e sull'instabilità affettiva rispetto al gruppo di controllo viene perso nel tempo. I risultati di questo studio supportano quindi l'efficacia del trattamento combinato con IPT-BPD anche a lungo termine, con vantaggi duraturi su alcuni sintomi specifici del disturbo.

Una proposta di revisione dell'IPT-DBP (IPT-BPD-R)

L'esperienza acquisita in questi anni di pratica clinica e ricerca sull'IPT adattata al DBP ci ha permesso di verificare l'utilità del modello proposto da Markowitz e di valutare l'opportunità di revisionare, in alcune sue parti, l'intervento originario, al fine di rispondere ad esigenze specifiche riscontrate nel trattamento dei pazienti con DBP.

Pur mantenendo una sostanziale fedeltà al modello originario elaborato da Markowitz ci è parso necessario focalizzare l'attenzione su alcuni punti, quali la durata del trattamento, gli interventi di supporto e contenimento delle condotte auto ed etero-aggressive, il mantenimento dei risultati a lungo termine e il coinvolgimento dei familiari nel programma terapeutico.

La durata del trattamento è stata prolungata da 32 a 40 settimane. In particolare, le due fasi sono costituite rispettivamente da 22 sedute nelle prime 20 settimane seguite da altre 20 sedute settimanali. Al fine di facilitare l'accesso al terapeuta che è ritenuto un fattore prognostico favorevole nel trattamento del DBP, i pazienti hanno la possibilità di contattare telefonicamente il terapeuta due volte alla settimana, in momenti di particolare crisi. Quando la conclusione della terapia risulta particolarmente difficile e impegnativa per il paziente, è consentito prolungare l'intervento

psicoterapico aggiungendo fino a tre sedute alla fase conclusiva. Qualora si verificasse la necessità di effettuare un periodo di ricovero per il paziente, la psicoterapia può proseguire durante il ricovero se le condizioni psicopatologiche lo consentono. Sono ammessi fino a due ricoveri di breve durata, approssimativamente 7-10 giorni ciascuno. In pazienti selezionati, ossia in coloro che, al termine delle 40 settimane di psicoterapia, presentano ancora una condizione clinica sensibilmente compromessa, viene proposta una terapia di mantenimento di 8 sedute mensili al fine di consolidare e mantenere i risultati ottenuti. Infine, considerando l'impatto di un disturbo grave e complesso come il DBP sulle famiglie dei pazienti, è stato progettato un intervento di counselling interpersonale per i familiari con il duplice obiettivo di migliorare l'outcome del DBP e ridurre il disagio psichico di coloro che convivono con il paziente. Il counselling interpersonale (IPC) è un intervento psicologico strutturato di breve durata, che deriva dalla psicoterapia interpersonale. Originariamente questo intervento è stato pensato come adattamento dell'IPT per trattare la depressione sottosoglia, lieve o moderata nel contesto delle cure primarie, rispondendo a esigenze di brevità e contenimento dei costi. La nostra proposta di IPC per i familiari dei soggetti affetti da DBP prevede il coinvolgimento di uno o due membri della famiglia, ha una durata complessiva di sei mesi e si articola con sedute mensili di un'ora ciascuna. Le prime due sedute sono dedicate alla psicoeducazione con la spiegazione della diagnosi e delle manifestazioni comportamentali caratteristiche del DBP. Nelle restanti sedute l'intervento si focalizza sulle dinamiche relazionali che si instaurano tra i membri della famiglia e tra questi e il paziente, tentando di promuovere la comprensione e l'accettazione dei comportamenti disadattivi del paziente e il miglioramento delle relazioni interpersonali tra i membri della famiglia.

Alterazione dell'identità nel DBP ed effetti della psicoterapia interpersonale adattata al DBP sul funzionamento cerebrale

L'alterazione della configurazione dell'identità personale e dell'immagine di sé è una delle aree psicopatologiche fondamentali del DBP. La diffusione dell'identità deriva dall'incapacità di integrare rappresentazioni positive e negative di sé e degli altri a cui consegue un'immagine di sé instabile che si manifesta nel paziente con DBP in un'evidente discontinuità della condotta, in una pronunciata instabilità progettuale, in repentini cambiamenti di ruolo con un'importante ripercussione sul funzionamento socio-relazionale.

Negli ultimi decenni gli studi di brain imaging che si sono occupati, mediante l'utilizzo della risonanza magnetica funzionale (fMRI), di identificare specifiche aree cerebrali coinvolte nella costituzione dell'identità hanno acquisito un crescente interesse. Gli Autori che hanno condotto gli studi in questo campo ritengono che l'identità personale sia strettamente connessa alla capacità di rievocare in modo coerente alcune memorie autobiografiche, processo che prevede un'abilità autoriflessiva e la capacità di creare collegamenti tra elementi distinti della propria esistenza. È emerso che le aree cerebrali maggiormente coinvolte in questi processi sono la corteccia cingolata posteriore (PCC), la corteccia

prefrontale mediale (MPFC), l'ippocampo, la corteccia parietale mediale e laterale (PC), la giunzione temporo-parietale (TPJ) e il cervelletto (Shannon & Buckner, 2004; Wagner et al., 2005; Svoboda et al., 2006; Diana et al., 2007).

In uno studio sperimentale, i cui dati sono attualmente in corso di pubblicazione, il nostro gruppo di lavoro si è proposto di indagare, mediante l'utilizzo della fRMN 3 Tesla, le correlazioni esistenti tra la rievocazione di memorie autobiografiche, misura indiretta del grado di coesione dell'identità personale, e le alterazioni funzionali di specifiche aree cerebrali in un gruppo di 23 pazienti con diagnosi di DBP in confronto a un gruppo di 22 controlli sani. Tramite un'Intervista Autobiografica (AI) sono stati identificati, per ciascun soggetto, due eventi di vita risolti e due irrisolti. Per ogni evento di vita è stato prodotto un breve riassunto (25-27 parole) e sono state associate quattro parole chiave in grado di far rievocare l'evento al soggetto. Ad ogni partecipante è stato chiesto di individuare, da un pool prestabilito, quattro racconti a connotazione neutrale (25-27 parole) associati anch'essi a quattro parole chiave di significato neutro per il soggetto. Durante la fMRI sono stati presentati ai soggetti, mediante appositi occhialini, in sequenza random i riassunti degli eventi di vita significativi risolti e irrisolti, i racconti neutrali e le rispettive parole-chiave. Si è assunto che la rievocazione di specifici eventi di vita funzioni come stimolo per l'attività delle aree cerebrali coinvolte con l'identità personale. I risultati hanno mostrato una differenza significativa dell'attività cerebrale tra pazienti con DBP e soggetti sani. In particolare, le differenze significative tra i due gruppi riguardano l'attività delle seguenti aree cerebrali: l'insula, la corteccia cingolata anteriore (ACC), la corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) e la giunzione temporo-parietale (TPJ). Inoltre, nei pazienti con DBP si è osservata l'attivazione delle stesse aree cerebrali (ACC e DLPFC) quando si confronta la risposta agli eventi di vita risolti versus gli eventi irrisolti, mentre nei soggetti sani si ha il reclutamento di aree cerebrali differenti se si confrontano gli eventi di vita risolti e quelli irrisolti. Questi risultati suggeriscono che il deficit nell'integrazione dell'identità e la scarsa coerenza interna inducono i pazienti borderline a percepire sia gli eventi di vita risolti sia quelli irrisolti in modo analogo, ossia come esperienze poco elaborate e scarsamente integrate nella propria narrazione interna.

In un progetto di studio in corso di svolgimento, ci siamo infine proposti di valutare, con un'analogia tecnica di fRMN, l'effetto della psicoterapia interpersonale sul funzionamento cerebrale dei pazienti con disturbo borderline. I pazienti con DBP che sono stati reclutati nel precedente studio vengono allocati a due tipi di trattamento: (1) IPT-DBP oppure (2) clinical management. Tutti i pazienti con DBP, sottoposti a fMRI al baseline, vengono rivalutati con una seconda fMRI dopo 40 settimane (la durata dell'IPT-BPD-R). Ci attendiamo che nei pazienti trattati con IPT-DBP il miglioramento della psicopatologia, anche in termini di una maggiore integrazione dell'identità personale, sia in significativa relazione con una normalizzazione dell'attività cerebrale nelle aree emerse al precedente studio rispetto ai pazienti trattati con il clinical management.

Tabella I. Confronto delle caratteristiche del modello di IPT-BPD proposto da Markowitz e della revisione elaborata dal nostro gruppo di ricerca

IPT-BPD modello originario (Markowitz, 2005)	Proposta di aggiornamento IPT-BPD (Bellino et al, 2014)
Durata dell'intervento 32 settimane I fase: 18 sedute in 16 settimane II fase: 16 sedute in 16 settimane	Durata dell'intervento 40 settimane I fase: 22 sedute in 20 settimane II fase: 20 sedute in 20 settimane

<p>Contatti telefonici col terapeuta Uno a settimana</p>	<p>Contatti telefonici col terapeuta Due a settimana</p>
<p>Conclusione della terapia Non sono previste sedute aggiuntive in fase conclusiva</p>	<p>Conclusione della terapia Sono previste tre sedute aggiuntive, in caso di fase conclusiva particolarmente difficile</p>
<p>Terapia di mantenimento Non contemplato</p>	<p>Terapia di mantenimento In pazienti selezionati si possono effettuare sedute mensili per una durata di 8 mesi</p>
<p>Ricovero Non contemplato</p>	<p>Ricovero Sono consentiti due brevi periodi di ricovero (7-10 gg) durante la terapia. La psicoterapia procede, se possibile, durante l'ospedalizzazione</p>
<p>Coinvolgimento dei familiari Non contemplato</p>	<p>Coinvolgimento dei familiari Counselling interpersonale per 1-2 familiari costituito da sei sedute mensili di un'ora</p>

Bibliografia

Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985; 46:41-487.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1-52.

Angus L, Gillies LA. Counseling the borderline client: an interpersonal approach. *Can J Counseling* 1994; 28, 69-82.

Arntz A, Van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, Van den Bosch WM, De Bie AJ. Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Personal Disord* 2003; 17(1):45-59.

Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 2004; 18(1):36-51.

Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2010; 55(2):74-81.

Bellino S, Rinaldi C, Bozzatello P, Bogetto F. Combined therapy with interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: investigation of predictors of response. *Psychiatry Res* 2015; 226(1): 284-288..

Bowlby J. *Attachment and loss (Attachment, Vol.1)*. New York: Basic Books, 1969.

Bowlby J. *Attachment and loss. (Separation, Vol.2)*. New York: Basic Books, 1973.

Diana G et al. Enhancement of learning and memory after activation of cerebral Rho GTPases. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007 Jan 9; 104(2): 636–641.

Fruzzetti AE, Iverson KM. Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health*. Edited by Snyder DK, Simpson J, Hughes J. Washington, DC: American Psychological Association 2006:249–267.

Grinker RR, Werble B, Drye RC. *The borderline syndrome*. New York: Basic Books, 1968.

Guy W. *Clinical global impression (C.G.I.)*. ECDEU Assessment Manual for psychopharmacology. US Dept Health, Education, and Welfare publication (ADM) 76-338. Rockville, Md: National Institute of Mental Health, 1976: 218-222.

Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A. Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bull Menninger Clin* 1997, 61:446–457.

Gunderson JG. *La personalità borderline. Una guida clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010.

Hoffman PD, Fruzzetti AE, Swenson CR. Dialectical behavior therapy—family skills training. *Fam Process* 1999; 38:399–414.

Hoffman, PD, and Fruzzetti AE. Advances in Interventions for Families with a Relative with a Personality Disorder Diagnosis. *Current Psychiatry Reports* 2007; 9:68-73.

Kernberg OF. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr. it. Boringheri, Torino, 1975.

Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, Schwarts JE, Anderson RL, Ouimette PC, Lizardi H, Aronson TA. Family study of early-onset dysthymia: mood and personality disorders in relatives of outpatients of dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:487-496.

Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books, 1984.

Klerman GL, Budman S, Berwick D, Weissman MM, Damico-White J, Demby A. Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Med Care* 1987; 25: 1078–1088.

Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, S New A, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011; 377: 74-84

Linehan MM: *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993.

Marcia JE. Ego identity and personality disorders. *J Pers Disord*. 2006; 20(6):577-596.

Markowitz JC. Interpersonal therapy. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender D (ed). *The textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2005.

Markowitz JC, Skodol AE, Bleidberg K. Interpersonal Psychotherapy for borderline personality disorder: Possible mechanisms of change. *J Clin Psychol* 2006; 62(4):431-444.

Menchetti M, Rucci P, Bortolotti B, Bombi A, Scocco P, Kraemer HC, Berardi D; DEPICS group. Moderators of remission with interpersonal counselling or drug treatment in primary care patients with depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2014; 204(2):144-150.

Mossey JM, Knott KA, Higgins M, Talerico K. Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthymic depression in medically ill elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996; 51:172–178.

National Collaborating Centre for Mental Health. *Borderline Personality Disorder: The NICE GUIDELINE on Treatment and Management*. National Clinical Practice Guideline, 78. British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists, 2009.

Neugebauer R, Kline J, Bleiberg K, Baxi L, Markowitz JC, Rosing M. Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depress Anxiety* 2007; 24:219–222.

Oldham JM. *Guideline watch. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2005.

Perry JC, Herman JL. Trauma and defence in the etiology of borderline personality disorder. In: Paris J (ed). *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

Shannon BJ, Buckner RL. Functional-anatomic correlates of memory retrieval that suggest nontraditional processing roles for multiple distinct regions within posterior parietal cortex. *J Neurosci*. 2004 Nov 10;24(45):10084-92.

Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. *Pharmacological interventions for borderline personality disorder*. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 16(6): CD005653.

Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, et al. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. *Chochrane Database Syst Rev* 2012; 15, 8:CD005652.

Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Jan;17(1):534.

Stone MH. Assessing vulnerability to schizophrenia or manic-depression in borderline states. *Schizophr Bull* 1979; 5(1):105-110.

Stone MH. *The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guildford Press, 1990.

Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.

Svoboda E, McKinnon M, Levine B. The functional neuroanatomy of autobiographical memory: A meta-analysis. *Neuropsychologia*. 2006; 44(12): 2189–2208.

Wagner A, Aizenstein H, Venkatraman VK, Fudge J, May JC, Mazurkewicz L, et al. Altered reward processing in women recovered from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1842–9.

Zetzel ER. A developmental approach to the borderline patient. *Am J Psychiatry* 1971; 127(7):867-871.