IRIS AperTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

La psicoterapia e il counselling interpersonale: applicazioni al disturbo borderline di personalità

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available http://hdl.handle.net/2318/1507713 since 2022-01-13T12:18:02Z

Publisher:

Bononia University Press

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)

03 May 2024

IRIS AperTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

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

S. Bellino; P. Bozzatello; F. Bogetto. La psicoterapia e il counselling interpersonale: applicazioni al disturbo borderline di personalità. Bononia University Press. 2014. pp: 99-109.

in

Manuale di counselling interpersonale

When citing, please refer to the published version.

Link to this full text:
http://hdl.handle.net/2318/1507713

This full text was downloaded from iris - AperTO: https://iris.unito.it/

iris - AperTO

University of Turin's Institutional Research Information System and Open Access Institutional Repository

La psicoterapia e il counselling interpersonale: applicazioni al disturbo borderline di personalità

Bellino S, Bozzatello P, Bogetto F

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

Introduzione

La psicoterapia interpersonale ha origine negli anni ’80 del secolo scorso come una proposta dello psichiatra americano Gerald Klerman per curare la depressione maggiore. Il concetto che è alla base di questo tipo di intervento psicoterapico è che i sintomi depressivi siano determinati sia da fattori biologico-costituzionali, sia da difficoltà nella costruzione delle relazioni interpersonali. Poiché rapporti interpersonali disfunzionali si riscontrano in misura significativa in molti altri disturbi psichiatrici, nel corso degli anni è stato possibile ampliare progressivamente le indicazioni cliniche di questa terapia e trattare disturbi diversi dalla depressione maggiore. Tuttavia, le differenze fondamentali delle caratteristiche psicopatologiche e cliniche dei disturbi psichiatrici ha reso necessario apportare alcune modifiche significative al modello interpersonale tradizionale, al fine di adattare l’intervento alla tipologia specifica di pazienti trattati. L’IPT ha dunque trovato impiego, con risultati nel complesso favorevoli, nel trattamento di numerose malattie psichiatriche: il disturbo bipolare, i disturbi del comportamento alimentare, la fobia sociale e il disturbo di panico.

In anni recenti è stato proposto un adattamento della terapia interpersonale per trattare il disturbo borderline di personalità (DBP), un disturbo di personalità grave e complesso che è spesso associato e ha stretti rapporti clinici con i disturbi dell’umore.

Il disturbo borderline di personalità

Il disturbo borderline di personalità (DBP) è un disturbo psichiatrico grave, di frequente riscontro clinico, con sintomi complessi e molto eterogenei. Comporta una rilevante compromissione del funzionamento sociale e delle capacità lavorative e spesso si complica con comportamenti autolesionistici o suicidiari (il tasso di suicidio raggiunge il 10%, una percentuale cinquanta volte superiore a quella della popolazione generale) (Perry e Herman, 1993).

Secondo le recenti ricerche epidemiologiche, il DBP ha una prevalenza nella popolazione generale che varia dal 2 al 5%. Nel 75-80% dei casi i soggetti interessati sono donne, solitamente giovani adulte e senza differenze apprezzabili rispetto al gruppo etnico (Leichsenring et al, 2011). La frequenza del disturbo sale fino al 10% fra i pazienti degli ambulatori psichiatrici, fino al 20% fra quelli che vengono ricoverati e rappresenta il 30-60% di tutti i disturbi di personalità (Gunderson, 2010).

Le principali dimensioni psicopatologiche del disturbo comprendono pronunciata instabilità affettiva, disturbo delle relazioni interpersonali, difficoltà nel controllo dell'impulsività, diffusione dell'identità personale e alterazioni cognitivo-percettive transitorie associate ad eventi stressanti. L'instabilità del tono timico si manifesta con rapide ed imprevedibili oscillazioni del tono dell'umore, caratterizzate soprattutto da ansia, disforia e irritabilità. Talvolta, emozioni contrastanti vengono esperite contemporaneamente dal paziente e i comportamenti che ne conseguono si ripercuotono gravemente sulle famiglie e sulle persone vicine. Già autori come Grinker (1968) e Zetzel (1971) hanno messo in evidenza l'intensità e l'instabilità degli affetti dei pazienti borderline e sulla base di queste osservazioni, Stone (1979, 1990), Akiskal (1985) e Klein (1995) hanno ipotizzato che la mancata regolazione dell'affettività nel DBP fosse comune a quella dei pazienti con disturbo dell'umore. Più tardi si è progressivamente affermato il carattere reattivo, quindi indotto, non autonomo e pertanto

poco durevole, dei bruschi mutamenti affettivi. In alcune occasioni le repentine oscillazioni timiche sono generate dalle difficoltà relazionali a cui il paziente va incontro quotidianamente.

Le relazioni interpersonali sono spesso tumultuose, molto coinvolgenti, ma instabili e caotiche con bruschi passaggi da periodi di eccessiva idealizzazione a momenti opposti di svalutazione dell'altro significativo. E' sufficiente una disattenzione, un errore o un qualsiasi gesto che il paziente interpreti come ostile o frustrante perché l'altro venga immediatamente percepito come negativo e malevolo. Alla base delle difficoltà interpersonali del paziente con DBP vi è il meccanismo di difesa della scissione, riconosciuto da Kernberg come costitutivo di questa tipologia di pazienti. In particolare, gli aspetti positivi e negativi di sé e degli altri mancano di integrazione e rimangono separati nella mente del soggetto. Pertanto, l'oggetto e l'altro vengono percepiti alternatamente o come interamente "buoni" o come interamente "cattivi". In alcuni casi le due rappresentazioni, quella "buona" e quella "cattiva", sono presenti contemporaneamente nella mente del paziente e provocano uno stato persistente di confusione e smarrimento. Tale situazione incide drammaticamente sull'autostima del paziente, che finisce per sentirsi per la maggior parte del tempo inadeguato.

Un altro aspetto di fondamentale importanza nella patologia borderline è il discontrollo impulsivo-comportamentale. Già i primi contributi della letteratura avevano individuato problemi di acting out durante la psicoterapia, che venivano descritti come una fuga rispetto a sentimenti intollerabili e a conflitti intrapsichici. La difficoltà a controllare gli impulsi si configura come una sorta di disposizione temperamentale a reagire in maniera intensa e non modulata a stimoli esterni ed interni. Studi sulla familiarità ipotizzano che possa esistere un'inclinazione ereditaria ad affrontare la sofferenza emozionale attraverso la via "motoria": l'acting out diventa un mezzo necessario sia per autoinfondersi tranquillità, sia per esprimere rabbia o intensa frustrazione. Spesso i pazienti affetti da DBP sostituiscono un pattern

impulsivo con un altro (gioco d'azzardo, abuso di sostanze, promiscuità sessuale, guida spericolata, frenesia alimentare), che mantiene comunque una connotazione autolesionistica in rapporto alla quale i loro comportamenti si differenziano da quelli di pazienti maniacali o ipomaniacali. Minacce o gesti suicidiari ricorrenti e condotte automutilanti rappresentano una peculiarità comportamentale dei pazienti con disturbo borderline. Comportamenti autolesivi, quali infliggersi dei tagli, procurarsi degli ematomi, bruciarsi e mordersi, sono rilevati nel 75% di questi pazienti e sono alcuni dei sintomi più comuni attraverso cui il disturbo giunge all'attenzione clinica. Gli agiti autodistruttivi sono frequentemente compiuti con scopo autopunitivo e talvolta sono associati ad un'esperienza di sollievo da stati affettivi dolorosi ed intollerabili. In altre occasioni sono invece realizzati con una consapevolezza degli effetti di controllo e di manipolazione che producono sugli altri significativi.

L'alterazione della configurazione dell'identità e dell'immagine del Sé è una delle aree psicopatologiche fondamentali del disturbo borderline di personalità. I contributi teorici di maggior rilievo in questo campo provengono dalla letteratura psicoanalitica che definisce le alterazioni dell'identità in termini di "confini sfumati e mancanza di coesione nel descrivere l'esperienza di sé" (Marcia, 2006).

La diffusione dell'identità, in accordo con le proposte interpretative di Kernberg (1975) è la conseguenza dell'incapacità di integrare rappresentazioni positive e negative di sé e degli altri. Ne deriva un'immagine di sé instabile che si estrinseca in un'evidente discontinuità della condotta, in una pronunciata instabilità progettuale, in repentini cambiamenti di ruolo 'persecutore-vittima, buono-cattivo' e in un sentimento profondo di vuoto interiore. Inoltre, la tendenza a confondere i propri sentimenti e desideri con quelli delle persone con cui stringono relazioni intime conduce i pazienti con DBP al timore di perdere la propria integrità quando tali relazioni si dissolvono. I pazienti borderline avvertono un penoso senso di inconsistenza,

con vissuti di annichilimento o di frammentazione, al momento della separazione dall'altro significativo.

In alcuni casi, di fronte a situazioni che sottopongono il paziente a uno stato di intensa tensione emotiva, si possono presentare dei sintomi di maggiore gravità, che si avvicinano o per qualche tempo prendono la forma dei sintomi psicotici. I sintomi cognitivo-percettivi che più frequentemente si riscontrano nel disturbo borderline sono l'ideazione paranoide, i sintomi dissociativi e le illusioni, soprattutto di tipo somatico. Durante queste fasi della malattia, che di solito sono scatenate da fattori stressanti ed emotivamente impegnativi, il paziente percepisce una sorta di senso di estraneità alla realtà circostante e vive percezioni alterate della realtà esterna e del proprio corpo.

La difficoltà a riflettere sulle proprie esperienze, sui propri stati d'animo e sui propri rapporti affettivi, la vulnerabilità del soggetto alle situazioni stressanti e alle sollecitazioni emotive, l'incapacità di definire e mantenere nel tempo impegni di studio e lavoro, le tormentate relazioni interpersonali possono condurre alla perdita di un ruolo sociale, a un progressivo isolamento e all'emarginazione del paziente. Si tratta di persone che, pur avendo spesso buone facoltà intellettive, non riescono a realizzare i propri progetti e vanno incontro a ripetuti fallimenti.

Come si cura il disturbo borderline di personalità

I pazienti affetti da disturbo borderline di personalità presentano una scarsa aderenza sia ai trattamenti farmacologici, sia a quelli psicoterapici. E' quindi molto impegnativo per il terapeuta riuscire a costruire un'alleanza solida e proficua con i pazienti affetti da questo disturbo, che presentano gravi difficoltà relazionali. A oggi, non vi è un completo accordo tra le diverse linee guida per il trattamento del DBP. Le linee guida britanniche del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) raccomandano l'utilizzo di

interventi psicoterapici manualizzati e specifici per il trattamento del disturbo borderline e attribuiscono alla farmacoterapia un ruolo secondario, suggerendone l'impiego in situazioni di comorbidità soprattutto con i disturbi affettivi. Le linee guida dell'American Psychiatric Association (2001, 2005) e le recenti revisioni sistematiche dei dati di letteratura compiute dalla Cochrane (Stoffers, 2010, 2012) sostengono l'efficacia sia degli interventi psicoterapici, sia di quelli farmacologici mirati alle principali dimensioni sintomatologiche del DBP, quali le alterazioni del controllo dell'impulsività, le oscillazioni dell'umore e i sintomi cognitivo-percettivi. La farmacoterapia, secondo le recenti acquisizioni, può avvalersi di farmaci stabilizzatori dell'umore (soprattutto acido valproico), antipsicotici di seconda generazione (olanzapina e aripiprazolo), nuovi agenti terapeutici (acidi grassi poli-insaturi omega-3) e anche di antidepressivi serotoninergici nei casi di comorbidità con la depressione maggiore.

Il modello di trattamento al momento maggiormente condiviso è quello della terapia combinata, che associa gli interventi farmacologici con quelli psicoterapici. Per quanto riguarda il trattamento psicoterapico, la psicoterapia psicodinamica è stata a lungo considerata uno degli interventi più indicati nel trattamento di pazienti con DBP, anche se questo tipo di approccio si presta, per le sue caratteristiche, la lunga durata e per il notevole dispendio di risorse personali ed economiche, al trattamento di un gruppo molto ristretto di pazienti con valida motivazione al cambiamento e buone capacità di introspezione. Pertanto, la maggior parte dei pazienti affetti da DBP non riescono ad affrontare questo tipo di terapia, che presuppone l'adesione a regole precise e piuttosto rigide e ha un'impostazione tecnica che sottopone il paziente a un elevato grado di sollecitazione emotiva e di frustrazione. In anni recenti sono stati proposti interventi psicoterapici limitati nel tempo, manualizzati e specificamente progettati per pazienti affetti da DBP, derivati da diversi modelli teorici, quello psicodinamico, quello cognitivo comportamentale e, negli ultimi anni, quello interpersonale.

Tra le psicoterapie limitate nel tempo di orientamento psicodinamico, la Mentalization Based Therapy (MBT) è quella che ha ottenuto il maggior numero di evidenze di efficacia, mentre sono state meno valutate in studi controllati la Transference Focused Therapy (TFP) e la Dynamic Deconstructive Psychotherapy (DDP). La MBT è un intervento psicoterapico progettato da Batemean e Fonagy nel 2004, 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 sono gravemente deficitarie.

Tra le psicoterapie di derivazione cognitivo-comportamentale, la Dialectical Behavior Therapy (DBT), è quella più estesamente studiata, seguita dalla Schema Focused Therapy (SFT) e dalla Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS). La DBT è una psicoterapia elaborata da Marsha Linehan nel 1993, che abbina tecniche comportamentali e di mindfulness con l'obiettivo primario di arginare le condotte autolesionistiche dei pazienti e di promuoverne le capacità di coping.

Se si considera la rilevanza nel disturbo borderline dei sintomi che hanno origine da problemi nelle relazioni interpersonali, si comprende la ragione clinica principale che ha spinto autori come John Markowitz (2005) ad applicare la psicoterapia interpersonale al trattamento di questi pazienti. Le gravi difficoltà che il paziente borderline incontra nella costruzione delle relazioni rappresentano un bersaglio appropriato per una psicoterapia che ha l'obiettivo di promuovere il miglioramento dei pazienti attraverso la revisione dei modelli che questi adottano per impostare e gestire i loro rapporti.

Il coinvolgimento dei familiari nel processo di cura dei pazienti borderline

E' evidente che pazienti che presentano un quadro clinico così complesso ed eterogeneo determinino un intenso disagio psichico nei familiari, che spesso si trovano a confrontarsi senza adeguata preparazione con i frequenti momenti di crisi. E' ormai ampiamente

riconosciuto che i familiari di pazienti borderline possano presentare essi stessi alterazioni psichiche che influenzano l'esordio e il decorso del DBP, oppure possano sviluppare un intenso stato di stress a causa dell'instabilità e delle persistenti alterazioni comportamentali e relazionali che caratterizzano i pazienti. Un considerevole numero di studi clinici ha dimostrato l'importanza del ruolo dei familiari nel determinare l'outcome del DBP (Hoffman e Fruzzetti, 2007). In particolare, è stato osservato che interventi di tipo psicoeducazionale e psicoterapico specifici per i familiari determinano un miglioramento delle condizioni psicopatologiche sia del paziente, sia dei familiari stessi.

Attualmente sono stati descritti in letteratura tre interventi manualizzati per i familiari dei pazienti affetti da DBP. Il modello proposto da Gunderson (1997), che mutua alcune tecniche dagli interventi psicoeducativi utilizzati per i parenti dei pazienti affetti da schizofrenia, individua tre maggiori aree problematiche su cui focalizzare la terapia: difficoltà di comunicazione, accessi di rabbia e tendenze suicidiarie. L'intervento è prevalentemente di tipo educativo nella prima fase, dove vengono esposte le caratteristiche cliniche del DBP, mentre nella seconda fase vengono proposte ai familiari tecniche di problem-solving per comunicare in modo più efficace con i pazienti ed evitare gli acting-out.

Hoffman e colleghi (1999) hanno sviluppato un modello di trattamento di tipo dialettico-comportamentale di gruppo, il cosiddetto Dialectical Behavior Therapy (DBT) - Family Skills Training, che coinvolge i pazienti e i familiari ed è caratterizzato da incontri settimanali per una durata complessiva di sei mesi. Questo tipo di approccio è basato sul concetto che il coinvolgimento emotivo dei caregiver ha un effetto positivo sull'outcome a lungo termine del disturbo. Gli autori sostengono che sia indispensabile che l'emotività dei familiari venga espressa, a condizione che ogni atteggiamento di critica e di ostilità sia costantemente accompagnato da interventi di validazione emozionale.

Un intervento familiare simile a quello proposto dal gruppo di Hoffman, che adotta anch'esso tecniche di tipo dialettico-comportamentale, è stato proposto da Fruzzetti e Iverson (2006). Questo modello prevede la possibilità di scegliere, a seconda dei casi, se effettuare le sedute su una singola unità familiare o su gruppi di familiari e se coinvolgere o meno il paziente durante le sedute. La terapia è focalizzata sul tentativo di favorire la validazione emotiva dei familiari nei confronti dei pazienti, promuovendone le capacità di espressione dei sentimenti, delle emozioni e dei pensieri. E' previsto l'utilizzo di tecniche di mindfulness e di regolazione emozionale, mutuate dagli interventi di DBT tradizionali.

Sebbene la ricerca in questo ambito sia ancora limitata, l'importanza di interventi specifici per i familiari di pazienti affetti da un disturbo invalidante come il DBP è ampiamente riconosciuta e i primi risultati sono molto promettenti.

La psicoterapia interpersonale adattata al paziente con disturbo borderline di personalità

La versione tradizionale dell'IPT presentata da Klerman e sistematizzata in un manuale pubblicato nel 1984 prevede una durata limitata e prestabilita della terapia di 16 settimane ed è stata inizialmente proposta per curare i pazienti affetti da depressione maggiore.

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. Questo modello trae spunto dal pensiero di alcuni autori americani come Harry Stack Sullivan (1953), secondo cui le malattie mentali si sviluppano in rapporto agli effetti del contesto relazionale interpersonale e sociale, e ha ricevuto significativi contributi anche dalla teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1969) (1973), che ritiene che le modalità delle relazioni precoci tra madre e bambino diano origine a modelli di relazione più o meno sicuri e

organizzati con conseguente capacità o incapacità di tollerare l'intimità e la separazione dagli altri.

L'IPT mette in relazione l'esordio e le recidive della depressione con gli eventi interpersonali problematici che hanno coinvolto recentemente il paziente, orientando l'intervento sull'individuazione di un'area problematica interpersonale. L'obiettivo iniziale 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.

Le analogie tra il DBP e i disturbi dello spettro affettivo e le importanti difficoltà che i pazienti affetti da questo disturbo di personalità incontrano sul piano relazionale hanno promosso l'applicazione di questa terapia, che nella depressione ha dato risultati eccellenti, anche ai pazienti borderline, soprattutto in associazione alle terapie farmacologiche.

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, 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 rispetto al modello tradizionale da 16 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.

Nell'IPT adattata al disturbo borderline (Markowitz, 2005) 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 rispetta le regole della terapia, prosegue nella seconda fase o 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 il paziente può ricorrere, se è necessario, a una telefonata settimanale con il terapeuta della durata di circa dieci minuti, allo scopo di gestire i momenti di crisi e di prevenire l'interruzione prematura della psicoterapia. Grande importanza ha poi in tutte le terapie limitate nel tempo la fase conclusiva, che viene dedicata ad affrontare la delicata separazione del paziente dal terapeuta e a favorire l'acquisizione di un grado più alto di autonomia.

Gli studi di efficacia

Gli studi che hanno valutato l'efficacia della psicoterapia interpersonale nel DBP sono promettenti, anche se i dati disponibili sono iniziali e sono essenziali ulteriori ricerche per confermare i risultati raggiunti.

Il primo tentativo di adattamento dell'IPT al DBP risale al 1994, quando Angus e Gillies (1994), pur mantenendo il format intensivo e la breve durata, hanno aggiunto alle aree problematiche tradizionali quella relativa all'immagine di sé. Questi Autori ritenevano infatti che il nucleo dei deficit relazionali dei pazienti borderline fosse strettamente correlato non solo all'instabilità affettiva, ma anche a un'immagine di sé labile e mutevole. Hanno dunque avviato un trial esplorativo randomizzato di 12 settimane su 24 pazienti assegnati in alternativa all'IPT (12 sedute a frequenza settimanale) o alla Relationship Management Therapy, ma hanno dovuto interrompere precocemente lo studio a causa dell'elevato tasso di drop-out (75%). Successivamente, Markowitz e collaboratori (2006) hanno pubblicato i dati di uno studio pilota condotto su 8 pazienti borderline con comorbidità per disturbi dell'umore

e altri disturbi di personalità, trattati per 32 settimane con IPT adattata al paziente borderline (IPT-BPD). Dei cinque pazienti che hanno terminato lo studio, nessuno rispondeva più ai criteri diagnostici per il DBP. Questi soggetti mostravano significativi miglioramenti della sintomatologia globale, dei sintomi depressivi e del funzionamento sociale.

In anni più recenti, il nostro gruppo di lavoro (Bellino et al, 2010) ha condotto uno studio controllato, con l'obiettivo di applicare l'IPT-BPD a un gruppo di pazienti borderline in assenza di comorbidità attuale con altre patologie psichiatriche. Sono stati reclutati 55 pazienti ambulatoriali, afferenti al Centro per i Disturbi di Personalità della Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino, che sono stati assegnati con criterio random a due tipi di trattamento: l'IPT-BPD in associazione alla terapia antidepressiva con fluoxetina (20-40 mg/die) oppure la farmacoterapia singola con fluoxetina (20-40 mg/die). Dopo un periodo di trattamento di 32 settimane, entrambi i trattamenti si sono dimostrati efficaci. Non sono state infatti rilevate differenze significative per quanto riguarda la percentuale di risposta e il grado di miglioramento della sintomatologia globale. La terapia combinata è risultata però maggiormente efficace nel migliorare la sintomatologia ansiosa, 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.

Al fine di individuare modalità di intervento più mirate e specifiche in base alle caratteristiche cliniche individuabili nei singoli pazienti, ci siamo proposti di valutare in una recente indagine (Bellino et al, 2014, in press) i fattori predittivi di risposta alla terapia combinata con IPT-BPD e fluoxetina (20-40 mg/die) nel gruppo di 27 pazienti assegnati a questo tipo di intervento nel precedente studio di efficacia. Lo studio ha rilevato che la risposta alla terapia combinata con IPT-BPD, misurata con la differenza del punteggio della Clinical Global Impression - Severity (Guy et al, 1976) tra il baseline e la trentaduesima settimana, è in

relazione significativa e indipendente con il punteggio globale del Borderline Personality Disorder Severity Index (Arntz, 2003) e degli item di questa scala che riguardano paure d'abbandono, instabilità affettiva e disturbo dell'identità. Secondo i nostri risultati, i pazienti con una maggiore gravità complessiva dei sintomi specifici del DBP e con un elevato livello di instabilità affettiva, di paure d'abbandono e una maggiore compromissione dell'identità personale presentano una migliore risposta alla terapia combinata con fluoxetina e IPT-BPD rispetto al gruppo di controllo.

Possiamo quindi concludere che l'IPT-BPD svolge un'azione relativamente specifica nell'ambito del trattamento combinato, 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 che prevede il potenziamento con la psicoterapia. L'approfondimento delle indagini sui fattori predittivi di risposta all'IPT consentiranno di predisporre progetti terapeutici maggiormente individualizzati e mirati alle caratteristiche distintive dei diversi quadri clinici.

A differenza di quanto accade per altri modelli di psicoterapia, non abbiamo attualmente a disposizione studi in letteratura che riguardano l'efficacia dell'IPT adattata al disturbo borderline di personalità nella terapia a lungo termine. Il nostro gruppo di ricerca è attualmente impegnato nella realizzazione di uno studio di follow-up che ha l'obiettivo di valutare l'efficacia a due anni della terapia combinata con IPT-BPD in confronto alla farmacoterapia singola nel campione di 44 pazienti che hanno completato lo studio di efficacia a 32 settimane (Bellino et al, 2010). I pazienti al termine dello studio hanno proseguito il trattamento con la sola farmacoterapia con fluoxeina 20-40 mg/die e sono stati valutati a 6, 12 e 24 mesi con le stesse scale utilizzate in precedenza. L'elaborazione dei dati effettuata sui trenta pazienti che hanno completato il follow-up ci consente di affermare che alcune delle differenze riscontrate tra i due trattamenti al termine della psicoterapia

interpersonale persistono al follow-up di due anni. In particolare, i pazienti che hanno ricevuto la terapia combinata mantengono un vantaggio significativo rispetto ai controlli per quanto si riferisce alle difficoltà relazionali, al controllo dell'impulsività e alla percezione soggettiva della qualità della vita. Per altri fattori, quali l'instabilità affettiva e la sintomatologia ansiosa, la differenza rispetto al gruppo di controllo non è più significativo. Possiamo affermare che una parte delle differenze riscontrate tra terapia combinata e farmacoterapia singola al termine dell'IPT-BPD si mantengono nel corso di due anni di follow-up e sono rilevanti, poiché comprendono alcuni dei sintomi nucleari del disturbo. I risultati preliminari supportano quindi l'efficacia a lungo termine del potenziamento della terapia dei pazienti borderline con una psicoterapia limitata nel tempo.

Una proposta di revisione della psicoterapia interpersonale adattata al DBP

L'esperienza che abbiamo compiuto in questi anni nella pratica clinica e nella ricerca sulla valutazione di efficacia dell'IPT adattata al disturbo borderline di personalità ci ha permesso di verificare l'utilità del modello proposto da Markowitz e di apprezzarne la possibilità di applicazione a una vasta popolazione di pazienti.

Tuttavia, ci è parso che alcuni aspetti come la durata del trattamento in confronto a quella prevista in altri interventi specifici per il DBP, l'affiancamento alla psicoterapia individuale di interventi di supporto e contenimento necessari in questi pazienti con elevato rischio di condotte auto ed etero-aggressive, il problema del mantenimento dei risultati e del coinvolgimento dei familiari nel programma terapeutico richiedessero, nel sostanziale rispetto del modello originario elaborato da Markowitz, alcune modificazioni e integrazioni.

Si è quindi arrivati alla proposta di una revisione e di un aggiornamento dell'IPT adattata al disturbo borderline di personalità di cui riportiamo gli elementi caratterizzanti e che dovrà

ovviamente essere oggetto di indagini cliniche approfondite per verificarne l'utilità clinica (Tabella I).

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 e 20 sedute nelle successive 20 settimane. Poiché alcuni studi hanno dimostrato che la facilità di accesso al terapeuta è considerato un fattore prognostico favorevole nel trattamento del DBP, i pazienti in trattamento hanno la possibilità di contattare telefonicamente il terapeuta due volte alla settimana, in momenti in cui si trovano ad affrontare situazioni di 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 settimanali.

Il ricovero in ospedale, qualora si renda necessario in rapporto all'esacerbazione dei sintomi, non è un elemento che preclude l'intervento psicoterapico. In particolare, sono ammessi due brevi ricoveri, di circa 7-10 giorni, durante i quali l'IPT adattata al DBP non viene interrotta se le condizioni cliniche del paziente lo consentono.

In pazienti selezionati, ossia in individui che presentano una condizione clinica ancora sensibilmente compromessa al termine delle 40 settimane di psicoterapia, viene proposta una terapia di mantenimento della durata di 8 mesi con sedute a intervalli mensili al fine di consolidare e mantenere i risultati ottenuti.

Considerando che il coinvolgimento di uno o più familiari nel processo di cura dei pazienti con disturbo borderline determina un miglioramento dell'outcome del DBP e riduce il disagio psichico di coloro che convivono con il paziente, è stato progettato un intervento di counselling interpersonale per i familiari. Il counselling interpersonale è un intervento psicologico strutturato di breve durata, che deriva dalla psicoterapia interpersonale. Originariamente questo intervento è stato utilizzato in pazienti che presentavano sintomi

psichici reattivi ad eventi di vita stressanti (Klerman et al, 1987) ed è successivamente risultato efficace in altre condizioni cliniche, quali la depressione sottosoglia, lieve o moderata (Mossey et al, 1996; Neugebauer et al, 2007; Menchetti et al, 2014).

Il counselling interpersonale da noi progettato specificamente per i membri delle famiglie con soggetti affetti da DBP è un intervento rivolto a una singola famiglia, che prevede il coinvolgimento di uno o due membri, ha una durata complessiva di sei mesi e si articola con sedute mensili di un'ora ciascuna. Le prime due sedute sono dedicate alla spiegazione della diagnosi e alla comprensione delle manifestazioni comportamentali caratteristiche del DBP. Nelle restanti sedute l'intervento è focalizzato sulle relazioni interpersonali che si stabiliscono tra i membri della famiglia e tra questi e il paziente, tentando di promuovere l'accettazione dei comportamenti disadattivi del paziente e il miglioramento delle comunicazioni tra i membri della famiglia.

Tabella I.
Confronto delle caratteristiche del modello di IPT-BPD proposto da Markowitz (2005) della revisione elaborata dal nostro gruppo di ricerca.

IPT-BPD (Markowitz, 2005)	**Aggiornamento dell'IPT-BPD (Bellino et al, 2014)**
Durata 32 settimane I fase: 18 sedute in 16 settimane II fase: 16 sedute in 16 settimane	**Durata** 40 settimane I fase: 22 sedute in 20 settimane II fase: 20 sedute in 20 settimane
Accessibilità al terapeuta Possibilità di un contatto telefonico a settimana	**Accessibilità al terapeuta** Possibilità di due contatti telefonici a settimana
Conclusione della terapia Non sono previste sedute aggiuntive in fase conclusiva	**Conclusione della terapia** Sono previste tre sedute aggiuntive, in caso di fase conclusiva particolarmente difficile
Terapia di mantenimento Non contemplato	**Terapia di mantenimento** In pazienti selezionati si possono effettuare sedute mensili per una durata di 8 mesi
Periodi di ricovero Non contemplato	**Periodi di ricovero** Sono consentiti due brevi periodi di ricovero (7-10 gg) durante la terapia. La psicoterapia procede, se possibile, durante l'ospedalizzazione
Interventi sui familiari Non contemplato	**Interventi sui familiari** Counselling interpersonale per 1-2 familiari costituito da sei sedute mensili di un'ora

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. 2014, in press.

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.

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 dyshtimia: 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, Bleiderg 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.

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.

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.

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