IRIS AperTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Counselling Interpersonale per i familiari di pazienti con disturbo borderline di personalità: un progetto di studio

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available http://hdl.handle.net/2318/1634607 since 2017-05-16T12:22:09Z

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)

19 May 2024

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

Camilla, Ghirardini; Paola, Bozzatello; Daniele, Paradiso; Andrea, Polla Mattiot; Elena, Serafini; Silvio, Bellino. Counselling Interpersonale per i familiari di pazienti con disturbo borderline di personalità: un progetto di studio, in: Atti del 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Edizioni della SAIGA, 9999, pp: 1-7.

When citing, please refer to the published version.

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

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

Counselling Interpersonale per i familiari di pazienti con disturbo borderline di personalità: un progetto di studio

Ghirardini Camilla, Bozzatello Paola, Paradiso Daniele, Polla Mattiot Andrea, Serafini Elena, Bellino Silvio
Centro per i Disturbi di Personalità, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione

Il disturbo borderline di personalità (DBP) rappresenta un'importante sfida terapeutica. Secondo recenti ricerche epidemiologiche, il DBP ha una prevalenza nella popolazione generale che varia dal 2 al 5%. Nella maggior parte dei casi si tratta di donne, solitamente giovani adulte ma questo dato sembra derivare dalla facilità, rispetto ai soggetti di sesso maschile affetti da questo disturbo, di accesso ai luoghi di cura. 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. Oltre che per la sua frequenza la gravità del DBP dipende dall'elevato tasso di comportamenti autolesionistici e suicidari, dalle comorbidità medico generali e psichiatriche, dalle condotte a rischio o illegali e dalla scarsa aderenza ai trattamenti proposti.

Il coinvolgimento dei familiari nel processo di cura dei pazienti borderline

E' evidente che pazienti che presentano un quadro clinico così complesso 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.

La patogenesi del DBP di personalità è complessa e senza dubbio multifattoriale. Il ruolo della famiglia come determinante di scorretti pattern di rispecchiamento emotivo e alterati stili di attaccamento ha tuttavia destato molto interesse tra gli studiosi di questo disturbo. Gli stili di attaccamento più frequentemente riscontrati nei pazienti borderline sono quello disorganizzato, quello insicuro e quello ambivalente le cui caratteristiche correlano con le principali dimensioni psciopatologiche del DBP. E' ben nota infatti la relazione tra invischiamento genitoriale e paure abbandoniche, scarsa disponibilità affettiva in famiglia e sentimenti di vuoto nonché tra traumi o abusi nell'infanzia e sintomi dissociativi. Gli autori che si sono occupati di questo tema hanno inoltre studiato la psicopatologia specifica dei genitori dei pazienti borderline evidenziando una significativa incidenza di disturbi depressivi, abuso di sostanze e disturbi di personalità. Le caratteristiche di personalità più significative in questi soggetti sono risultate essere un'elevata impulsività e una difficoltà a mantenere progetti di vita coerenti, sulla cui ereditarietà molte ipotesi sono state poste.

E' stato tuttavia dimostrato come contesto famigliare d'origine e psicopatologia borderline si influenzino reciprocamente e come anche i parenti di questi pazienti possano sviluppare un intenso stato di stress a causa dell'instabilità e delle persistenti alterazioni comportamentali e relazionali che caratterizzano il DBP. Il carico di queste famiglie, derivante dalle attività di management, accudimento, supporto e convivenza col paziente risulta di entità paragonabile a quello dei famigliari dei pazienti affetti da schizofrenia. Oltre agli aspetti economico-sociali infatti, l'assistenza di un paziente borderline può comportare disagio psicologico nella forma di sintomi ansioso-depressivi, disturbi del sonno e somatizzazioni nonché difficoltà comunicative e conflittualità all'interno del nucleo famigliare fino a compromettere gravemente il funzionamento sociale dei suoi membri.

Questo complesso intreccio di influenze ha perciò spinto clinici e ricercatori a interrogarsi sulla necessità di ampliare la prospettiva degli interventi terapeutici dal singolo paziente all'intero suo contesto familiare. La famiglia è dunque passata dall'essere considerata "responsabile" del DBP all'essere coinvolta come "alleato" nel suo percorso di cura.

Un considerevole numero di studi clinici ha dimostrato l'importanza del ruolo dei familiari nel determinare l'outcome del DBP (Hoffman e Fruzzetti, 2007) e diverse linee guida ad oggi disponibili (APA 2001, 2005; NICE 2009) raccomandano il coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico integrato dei pazienti DBP. 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, 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. Il setting è di tipo gruppale (3-8 nuclei familiari) e prevede incontri quindicinali per una durata complessiva di 12-18 mesi.
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.
Parallelamente, su iniziativa personale di alcuni gruppi di famigliari, si sono sviluppati anche modelli di supporto psicologico e psicoeducazione basati sull'auto-mutuo aiuto come ad esempio il Family Connection descritto da Hoffman e la National Education Alliance for Borderline Personality Disorder – NEA-BPD (www.borderlinepersonalitydisorder.com/).
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.

Il progetto di studio

Mossi dagli incoraggianti dati disponibili in letteratura, ci siamo proposti di valutare l'efficacia di un intervento di Counselling Interpersonale rivolto ai familiari dei pazienti borderline sul quadro psicopatologico dei pazienti e sul carico di stress dei caregiver.
Il Counselling Interpersonale (IPC) è un intervento psicologico breve (6-8 sedute) basato sul modello della Psicoterapia Interpersonale (IPT) e originariamente formulato per trattare la depressione lieve nel contesto delle cure primarie. Come l'IPT si ispira alla psicoanalisi interpersonale di H.S. Sullivan e, pur riconoscendo l'impatto delle relazioni precoci e dei processi inconsci nello sviluppo della psicopatologia, si focalizza sul qui-e-ora e sugli aspetti consci dell'esperienza del paziente. Il modello interpersonale sostiene che sintomi psichici e difficoltà interpersonali siano correlati da un duplice nesso di causalità: la psicopatologia compromette i rapporti interpersonali e, contemporaneamente, le difficoltà interpersonali possono determinare sofferenza psichica. Sebbene si tratti di un intervento orientato psicodinamicamente, gli strumenti impiegati attingono anche ad altri modelli teorici come per esempio quello cognitivo-comportamentale e quello sistemico-familiare. Il terapeuta infatti, muovendosi da una posizione attivamente partecipe ed empatica dell'esperienza del paziente, utilizzerà oltre ad esplorazione, chiarificazione degli affetti, ecc anche tecniche quali modificazione comportamentale, valutazione percezione di realtà, analisi della comunicazione e role-play. L'intervento psicoterapico, data la specifica brevità, è mirato ad un focus che tradizionalmente viene scelto tra quattro possibili: lutto, transizione di ruolo, conflitto, deficit interpersonale.
Considerando la grave compromissione nei pazienti borderline e nelle loro famiglie del funzionamento sociale, il peso di conflitti relazionali e problematiche interpersonali in genere sul decorso del DBP,

nonché la già ampiamente dimostrata efficacia del modello interpersonale nel trattare la patologia borderline, abbiamo voluto adattare ulteriormente questo modello, nella forma dell'IPC, per fornire supporto ai familiari di questi pazienti e coinvolgerli nel percorso di cura.
Il progetto prevede il reclutamento di uno o due familiari, possibilmente conviventi, di pazienti con diagnosi di DBP afferenti al Centro per i Disturbi di Personalità del Dipartimento di Neuroscienze di Torino. I parenti aderenti al progetto effettuano un ciclo di IPC di 6 sedute a cadenza mensile che si articola in tre fasi. Nella prima fase di introduzione dell'intervento e psicoeducazione avviene la spiegazione della diagnosi di DBP e delle possibilità terapeutiche e sono discusse le "Linee Guida per i Familiari" mutuate dal modello di Gunderson. In questo momento viene attribuito al paziente il "ruolo di malato" convalidando al contempo il carico cui è sottoposta la famiglia. Scopo principale della fase iniziale è fornire informazioni, conoscenze e competenze per una migliore gestione del paziente. La seconda fase è quella della scelta ed elaborazione del focus durante la quale viene individuata l'area problematica tra quelle tradizionali del modello interpersonale (lutto, transizione di ruolo, conflitto, deficit interpersonale) maggiormente significativa nell'ambito della gestione del paziente borderline e si procede alla sua elaborazione. Nel corso delle sedute sono attentamente monitorati e discussi progressi e difficoltà. Questo è il momento anche dell'inventario interpersonale col quale si traccia la rete dei rapporti significativi (tra familiari e paziente ma anche tra familiare e familiare) e se ne individuano caratteristiche e criticità. Infine si procede alla conclusione dell'intervento e alla valutazione dei risultati ottenuti. Particolare attenzione è posta in questa fase a consolidare i risultati ottenuti, affrontando eventuali sentimenti negativi relativi alla fine dell'intervento, rafforzando il senso di autonomia dei familiari e fornendo loro strumenti preventivi e di affrontamento dei futuri problemi di gestione del paziente. Durante tutto l'intervento il ruolo del terapeuta è attivo, empatico e supportivo.
Parenti e pazienti vengono valutati prima e dopo l'intervento tramite una batteria di test. Per i parenti sono state impiegati i seguenti strumenti: Self-Report Symptom Inventory-Revised (SCL-90R) per la valutazione dei sintomi psichici e non, Millon Clinical Multiaxial Inventory-III ed. (MCMI-III) per una valutazione categoriale di personalità, Family Burden Interview Schedule, Perceived Stress Scale, Caregiver Burden Inventory (CBI) per stimare il carico di stress del nucleo familiare, Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Hamilton Depression Scale (HAM-D) per i sintomi ansiosi e depressivi, Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (SVFSL), Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) per facilitare la formulazione dell'inventario delle relazioni interpersonali. Per i pazienti invece si è ricorso, oltre che ad alcune delle suddette scale, a strumenti più specifici per valutare la psicopatologia del DBP: The Level of Expressed Emotion Scale che valuta il grado di emotività espresso, Modified Overt Aggression Scale (MOAS) per valutare l'aggressività, Barrat Impulsiveness Scale (BIS-II) per la valutazione dell'impulsività, Borderline Personality Disorder Severity Index-IV (BPDSI-IV), Self Harm Inventory (SHI) per stimare il peso delle condotte autolesive.
L'intervento IPC per i familiari dei pazienti borderline è attualmente in corso. Ci aspettiamo che determini un miglioramento significativo del carico di stress dei caregiver e della psicopatologia specifica del DBP. Quando saranno completate la raccolta e l'analisi statistica dei dati sarà verificata la correttezza dei risultati attesi.

Bibliografia

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

Baronet AM. Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 819-41.

Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9: 11-5.

Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalisation based treatment.* Oxford: Oxford University Press, 2004.

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.

Chiesa M, Martino F, Pozzi E. Psychosocial treatment refusal in personality disorder: a comparative study. *Person Ment Health* 2010; 4: 64-74.

Distel MA, Rebollo-Mesa I, Willemsen G, et al. Familial resemblance of borderline personality disorder features: genetic or cultural transmission? *PLoS One* 2009; 4: e5334.

Distel MA, Roeling MP, Tielbeek JJ, et al. The covariation of trait anger and borderline personality: a bivariate twin-siblings study. *J Abnorm Psychol* 2012; 121: 458-66.
Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman M. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 965-7.

Dixon L. Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *J Ment Health Policy Econ* 1999; 2: 3-8.

Fassone G, Ivaldi A, Rocchi MT. Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità: risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitivo-comportamentale integrata, individuale e di gruppo. *Riv Psichiatr* 2003; 38: 241.

Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 103-22.

Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48: 1129-46; discussion 117587.

Frank H, Paris J. Recollections of family experience in borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1031-4.

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.

Fruzzetti AE, Santistiban D, Hoffman PD. Family DBT. In: Dimeff L, Linehan MM (eds). *Dialectical behavior therapy adaptations.* New York: Guilford Press, 2007.

Fruzzetti AE. *The high conflict couple: a dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation.* Oakland, CA: New Harbinger Press, 2006.

Geist R, Heinmaa M, Stephens D, et al. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 173-8.

Goldman SJ, D'Angelo EJ, De Maso DR. Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1832-5.

Goodman M, Patil U, Triebwasser J, et al. Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *J Pers Disord* 2010; 24: 204-16.

Goodman M, Patil U, Triebwasser J, Hoffman P, Weinstein ZA, New A. Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *J Pers Disord* 2011; 25: 59-74.

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

Gunderson JG, Lyoo IK. Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4: 272-8.

Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 19-27.

Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 2011 Jul;68(7):753-62.

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

Guttman H, Laporte L. Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Compr Psychiatry* 2002; 43:448-55.

Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966; 12: 165-76.

Hoffman PD, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML. Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Fam Process.* 2003 Winter;42(4):469-78.

Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Fam Process* 2005; 44: 217-25.

Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E. Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *J Ment Health* 2007; 16: 69-82.

Hoffman PD, Fruzzetti AE, Swenson CR. Dialectical behavior therapy. Family skills training. *Fam Process* 1999; 38:399414.

Hoffman PD, Fruzzetti AE. Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9: 68-73.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 553-64.

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

Liotti G, Pasquini P. Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. The Italian Group for the Study of Dissociation. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 282-9.

Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Fam Ther* 2012; 38: 101-21.

Lucksted A, Medoff D, Burland J, et al. Sustained outcomes of a peer-taught family education program on mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 279-86.

Martino F, Lia L, Bortolotti B, Menchetti M, Monari M, Ridolfi ME, Sanza M, Sasdelli A, Berardi D. La famiglia del paziente con disturbo borderline di personalità: carico della malattia e interventi destinati ai caregiver. *Riv Psichiatr.* 2014 Sep-Oct;49(5):199-206.

Martino F, Menchetti M, Pozzi E, Berardi D. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial programme. A preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66: 180-6.

Masterson JF, Rinsley DB. The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 1975; 56: 163-77.

McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther.* 2003 Apr;29(2):223-45.

McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 744-50.

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.

Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J Pers Disord 2002*; 16: 148-59.

OldhamJM. *Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.* Presented at: American Psychiatric Association. Arlington, VA, USA 21–26 May (2005).

Ostman M, Hansson L. Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 402-7.

Paris J. The etiology of borderline personality disorder: a biopsychosocial approach. *Psychiatry* 1994; 57: 316-25.

Pizzi E, Russo M, Colle L, D'Angerio S, Fiore D, Russo B. Gruppo di Skills training per i familiari di persona con disturbo borderline di personalità. [abstract congresso SITCC] *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 2012*; 19: 263.

Sanza M, Asioli F, Ferrannini L. *Continuità e discontinuità nel trattamento del disturbo borderline di personalità.* Milano: Centro Scientifico Editore, 2010.

Scheirs JG, Bok S. Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53: 195-203.

Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter M. Family caregiving in schizophrenia; domains and distress. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 609-18.

Shapiro ER. Research on family dynamics: clinical implications for the family of the borderline adolescent. *Adolesc Psychiatry* 1978; 6: 360-76.

Shapiro ER. The holding environment and family therapy with acting out adolescents. *Int J Psychoanal Psychother* 1982; 9: 209-26.

Silverman JM, Pinkham L, Horvath TB, et al. Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1991 Oct;148(10):1378-85.

Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2002 Feb;159(2):276-83.

Torgersen S, Lygren S, Oien PA, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 416-25.

Van Noppen B. Multi-family behavioral treatment (MFBT) for OCD. *Crisis Int* 1999; 5: 3-24.

White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2003 Jan-Feb;11(1):8-19.

Whitehurst T, Ridolfi ME, Gunderson J. Multiple family group treatment for borderline personality disorder. In: Hofmann SG, Tompson MC (eds). *Treating chronic and severe mental disorders: a handbook of empirically supported interventions*. New York: Guilford Press, 2002.

Zanarini MC, Barison LK, Frankenburg FR, Reich DB, Hudson JI. Family history study of the familial coaggregation of borderline personality disorder with axis I and nonborderline dramatic cluster axis II disorders. *J Pers Disord* 2009; 23:357-69.
Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 827-32.