Terapia dialettico-comportamentale: Implementazione di un intervento di skills training di gruppo in un setting di fase acuta

Indice generale della rivista

Author(s): Sara Piccini Simi, Bruno Beccarini Crescenzi, Rocco Nicola Forgione, Valentina Cesarali, Andrea Fagiolini.

Affiliation: Dipartimento interaziendale di Salute Mentale – Sezione Psichiatria Universitaria– Università degli Studi di Siena

RIASSUNTO

La Terapia Dialettico Comportamentale è un approccio terapeutico ideato per il trattamento dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità, in particolare per quelli con comportamenti suicidari e parasuicidari cronici. Numerosi studi randomizzati controllati hanno supportato l'efficacia di questo modello terapeutico sia per il Disturbo Borderline di Personalità sia per altri disturbi psichiatrici. Tale terapia si basa su una doppia strutturazione dell'intervento che prevede trattamento individuale e trattamento di gruppo (Skills Training). Lo Skills Training, in particolare, ha come obiettivo primario quello di insegnare ai pazienti abilità che sono carenti o deficitarie al fine di modificare i comportamenti disfunzionali, sostituendoli con risposte adattive. Lo scopo del nostro lavoro preliminare è stato quello di valutare la fattibilità e l'efficacia dell'implementazione di un intervento di Skills Training DBT di gruppo all'interno della nostra Clinica. In particolare abbiamo voluto verificare se l'applicazione di uno Skills Training DBT a pazienti in fase acuta e con diagnosi diverse potesse rappresentare un importante contributo alla terapia farmacologica.

ABSTRACT

Dialectical Behavioural Therapy is a therapeutic method devised for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder, in particular for those with suicidal or chronic parasuicidal tendencies. Numerous regulated experimental studies have supported the effectiveness of this therapeutic model both for Borderline Personality Disorder and for other psychiatric disorders. This therapy is based on a dual structure of intervention that involves individual treatment and group treatment (Skills Training). The primary goal of Skills Training, in particular, is to teach patients skills, in which they are deficient or lacking, in order to change dysfunctional behaviours and replace them with adaptive responses. The aim of this preliminary work was to evaluate the feasibility and effectiveness of the implementation of an intervention of DBT Skills Training Group within our Clinic. In particular, we wanted to investigate whether the application of a DBT Skills Training to patients in the acute phase and with different diagnoses could represent an important contribution to drug therapy.

INTRODUZIONE ALLA TERAPIA DIALETTICO-COMPORTAMENTALE

Nel 1993 Marsha M. Linehan ha ideato un modello di terapia Cognitivo-Comportamentale (Dialectical Behaviour Therapy- DBT) per l'intervento con pazienti che codificano per i criteri del Disturbo Borderline di Personalità, in particolare per quelli con comportamenti suicidari cronici, parasuicidari ed altre disfunzioni gravi. Questo approccio trova il suo fondamento nella Teoria Biosociale della personalità secondo la quale l'alterazione essenziale, nel Disturbo Borderline di Personalità, risiede in una compromissione dell'attività funzionale dei sistemi di regolazione delle risposte emotive. Tale alterazione rappresenta a sua volta la conseguenza di anomalie biologiche costituzionali individuali, associate ad alcuni aspetti disfunzionali del sottosistema ambiente, e delle loro reciproche interazioni e transizioni nel corso del tempo. In tale prospettiva le caratteristiche cliniche del Disturbo Borderline vengono considerate come fenomeni secondari, conseguenti all'alterazione fondamentale dei meccanismi di regolazione delle risposte emotive *(1)*. Si tratta di un approccio terapeutico che unisce tecniche classiche della Terapia Cognitivo-Comportamentale a versioni psicologiche e comportamentali delle tecniche di meditazione insegnate nell'ambito delle pratiche spirituali orientali. Nella DBT si unisce l'impegno verso le condizioni di accettazione e cambiamento attraverso il pensiero dialettico secondo il quale l'ordine e la verità si sviluppano nel corso del tempo attraverso il trascendere delle opposte polarità al fine di intravedere la complessità e le sfaccettature della realtà e contemplare punti di vista contraddittori integrandoli ed unificandoli. Il comportamento "dialettico" può essere quindi tradotto come "stile di vita equilibrato" ed il terapeuta sollecita il paziente ad orientarsi verso l'attuazione di risposte più equilibrate ed integrate alle soluzioni. In particolare vengono affrontate le seguenti tensioni dialettiche:

- miglioramento delle proprie capacità *vs* accettazione di sé;
- soluzione dei problemi *vs* accettazione dei problemi;
- autonomia e competenza *vs* ricerca di aiuto;
- indipendenza *vs* dipendenza;
- trasparenza *vs* privacy;
- fiducia *vs* sospettosità;
- controllo delle emozioni *vs* tolleranza delle emozioni;
- controllo/cambiamento *vs* osservazione;

- seguire/osservare *vs* partecipare;
- aver bisogno degli altri *vs* dare agli altri;
- concentrarsi su se stessi *vs* focalizzare la propria attenzione sugli altri;
- contemplazione/meditazione *vs* azione *(2).*

Lo scopo della DBT è quindi quello di far sviluppare al paziente patterns comportamentali di tipo dialettico, aiutandolo a modificare le proprie condotte disfunzioanali in favore di risposte più equilibrate, andando ad agire su comportamenti da incrementare e comportamenti da ridurre.

Sostanzialmente la terapia si basa su una doppia strutturazione dell'intervento che prevede trattamento individuale e trattamento di gruppo (Skills Training). Lo Skills Training, in particolare, ha come obiettivo primario quello di insegnare ai pazienti abilità che sono carenti o deficitarie al fine di modificare i comportamenti disfunzionali, sostituendoli con risposte adattive attraverso incontri settimanali durante i quali vengono svolti i quattro moduli del trattamento: Abilità di Mindfulness", "Abilità di Efficacia Interpersonale", "Abilità di Regolazione Emotiva" ed "Abilità di Stress Tolerance" *(3)*.

STUDI DI EFFICACIA

Numerosi studi randomizzati controllati hanno supportato l'efficacia della Terapia Dialettico Comportamentale che ad oggi risulta essere uno dei trattamenti cardine per il Disturbo Borderline di Personalità. In particolar modo questo trattamento risulta essere più efficace di altri nel ridurre la gravità e la frequenza di atti suicidari, il drop-ut dalla terapia, i giorni di ospedalizzazione, la rabbia autodiretta e nell'incrementare l'adattamento interpersonale in donne borderline con comportamenti cronici parasuicidari.

DBT e Disturbo Borderline di Personalità

In una review molto recente del 2012 *(4)*vengono riportati molti lavori effettuati per testare l'efficacia della DBT tra i quali un primo studio di Linehan e collaboratori condotto su un campione di 44 pazienti con Disturbo Borderline di Personalità sottoposti a DBT o al trattamento di routine (Treatment as usual: TAU). I risultati della ricerca hanno mostrato che ad ogni valutazione effettuata (dopo 4-8 e 12 mesi) il gruppo DBT presentava una maggiore diminuzione del comportamento parasuicidario e dei rischi ad esso associati, una minore frequenza e durata di ospedalizzazione ed inferiore tasso di drop-out rispetto al gruppo di controllo. Entrambi i gruppi presentavano miglioramenti per quanto riguarda depressione, ideazione suicidaria e mancanza di speranza *(5)* . Uno studio condotto da Koons e colleghi nel 2001 su venti donne con Disturbo Borderline di Personalità ha evidenziato la maggior efficacia della DBT rispetto a TAU, dopo solo sei mesi, nel ridurre i sintomi di rabbia, depressione, ideazione suicidaria e gli agiti autolesivi *(6).* Nel 1994 uno studio condotto da Linehan e colleghi ha comparato l'efficacia di DBT e TAU nell'area interpersonale in un campione di 26 donne con BPD evidenziando che i pazienti del gruppo DBT mostravano ridotti livelli di rabbia, un miglior funzionamento sociale e migliori punteggi alla GAF (Global Assessment of Functioning) rispetto al gruppo di controllo. Tali risultati evidenziavano l'efficacia della DBT come trattamento psicosociale volto a migliorare il funzionamento sociale dei pazienti *(7).* In uno studio condotto nel 2008 è stato testato l'effetto dell'utilizzo delle abilità DBT sulle caratteristiche del Disturbo Borderline di Personalità, come misurate dal "Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale" (PAI-BOR), su 27 pazienti partecipanti ad un programma DBT. I risultati delle analisi hanno evidenziato significativi miglioramenti nel punteggio totale della scala di valutazione totale ed in numerose sottoscale. I risultati hanno inoltre evidenziato che l'uso delle abilità DBT cresceva nel tempo, così come aumentavano le abilità individuali di mindfulness, di efficacia interpersonale, di regolazione delle emozioni e di stress tollerance. *(8)*. Sempre riguardo l'efficacia delle abilità trattate nello Skills Training DBT, in uno studio molto recente effettuato da Neacsiu e colleghi *(9)*si evidenzia come l'uso delle abilità DBT riesca a mediare interamente la riduzione dei tentativi di suicidio, dei livelli di depressione e l'aumento della capacità di gestire la rabbia. Sono stati inoltre condotti diversi studi volti a dimostrare l'efficacia di versioni modificate della DBT. Nel 1993 è stato condotto uno studio con lo scopo di testare l'efficacia di una versione intensiva della DBT in regime di ricovero, confrontando pazienti sottoposti a TAU e pazienti sottoposti a DBT. Anche in questo contesto è stata validata l'efficacia della terapia dialettico comportamentale, riscontrando una riduzione maggiore dei comportamenti parasuicidari nel gruppo DBT rispetto al gruppo di controllo. *(10)* Bohus e collaboratori nel 2000 hanno testato la versione intensiva della DBT in uno studio composto da 24 pazienti; al termine del trattamento è stata riscontrata una diminuzione della sintomatologia globale, ansiosa e depressiva, dei sintomi dissociativi e del comportamento parasuicidario *(11).* Nel 2000 è stato proposto un adattamento dello Skills Training nelle sedute di terapia individuale ed eliminando quelle di gruppo. L'autore ha confrontato questa variante della DBT con una terapia Cognitivo-Comportamentale standard evidenziando una maggiore efficacia della DBT su quasi tutte le variabili considerate (sintomatologia globale, rabbia, depressione, ideazione suicidaria, impulsività) *(12)*.

Soler e colleghi hanno confrontato in uno studio del 2009, l'efficacia della DBT con Skills Training (DBT-ST) con quella della terapia di gruppo standard (SGT) in 60 pazienti con Disturbo Borderline di Personalità. I pazienti sottoposti a DBT-ST presentavano una maggiore aderenza alla terapia ed un minor tasso di drop-out. Inoltre la DBT-ST è risultata più efficace sulla sintomatologia globale, sui sintomi ansiosi e depressivi, sull'irritabilità e sui sintomi psicotici *(13).*

DBT e Disturbo Borderline di personalità in comorbidità con Abuso di Sostanze

La DBT è stata applicata anche a pazienti con Disturbo Borderline in comorbidità con Abuso di Sostanze (DBT-S). Nella review di Madeddu e collaboratori *(4)*vengono riportati due studi di Linehan e collaboratori; il primo è stato condotto su un campione di 28 donne con Disturbo Borderline di Personalità dipendenti da sostanze. La ricerca si proponeva di confrontare l'efficacia della DBT rispetto al TAU. I pazienti sono stati valutati dopo 4, 8 ,12 mesi e a un follow up dopo 12 mesi. Il gruppo DBT rivelava un ridotto uso di droghe rispetto al TAU durante l'anno di trattamento ed al follow-up. Il gruppo DBT mostrava inoltre una minor percentuale di drop out rispetto al TAU ed al follow-up presentava sostanziali miglioramenti del funzionamento globale e sociale. Il secondo studio realizzato nel 2002 ha confrontato la DBT con la Comprehensive Validation Therapy associata al programma dei dodici passi (CVT+12 S) in un campione di 23 donne con Disturbo Borderline di Personalità e dipendenza da eroina. Le pazienti oltre al trattamento psicoterapico ricevevano tre volte a settimana terapia con agonisti degli oppioidi. In entrambi i gruppi si è rilevata una diminuzione delle condotte di abuso ma, mentre le pazienti sottoposte a DBT mantenevano tale miglioramento per tutti i dodici mesi, quelle assegnate alla CVT+ 12s incrementavano l'utilizzo degli oppioidi negli ultimi 4 mesi di terapia.

DBT e Disturbi della Condotta Alimentare

Chen e collaboratori nel 2008 *(14)* hanno condotto uno studio sull'efficacia della DBT applicata a pazienti Borderline con Disturbi del Comportamento Alimentare in comorbidità. Tale studio è stato effettuato su un campione di otto donne borderline, di cui 5 con Binge Eating Disorder e 3 con Bulimia Nervosa in comorbidità. Al termine del trattamento la terapia è risultata efficace per quanto riguarda il controllo del Disturbo del Comportamento Alimentare. Nel 2009 è stato creato il manuale " Dialectical Behavior Terapy for Binge Eating and Bulimia" scritto da L.Safer, C. F. Telch, E.Y. Chen che rappresenta una nuova versione del trattamento Dialettico-Comportamentale concepito per i pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Bulimia Nervosa.

DBT e PTSD

Alcuni ricercatori stanno iniziando a valutare l'applicazione della terapia Dialettico-Comportamentale nel trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress. A tal proposito un gruppo di ricercatori presso l'Istituto Centrale di Salute Mentale a Mannheim, in Germania, ha condotto uno studio su 29 donne con PTSD da abuso sessuale nell'età infantile, utilizzando un metodo psicoterapeutico costituito dalla combinazione di tecniche DBT con tecniche della psicoterapia cognitivo-comportamentale per il PTSD (DBT-PTSD). I risultati sembrano essere molto incoraggianti anche se la ricerca in questo ambito è ancora agli inizi *(15).*

DBT e Disturbi dell'Umore

In uno studio pilota effettuato nel 2003 si è evidenziato come un trattamento combinato farmacologico e DBT+ coaching telefonico in pazienti anziani depressi possa migliorare l'efficacia della terapia antidepressiva *(16).* I ricercatori della University of Southampton stanno inoltre conducendo uno studio per valutare gli effetti della DBT nel trattamento della Depressione Cronica e resistente ai trattamenti psicofarmacologici. Il trial prevede il reclutamento di 270 pazienti, metà dei quali saranno sottoposti a DBT e l'altra metà a trattamenti standard principalmente focalizzati sul trattamento farmacologico con antidepressivi. Nel 2008 Harley e colleghi hanno condotto uno studio sull'applicazione dello Skills Training DBT in pazienti con depressione resistente al trattamento farmacologico. Di questi pazienti, dieci sono stati assegnati in maniera randomizzata al gruppo di Skills Training e dieci ad una lista di attesa . Lo Skills Training era costituito da una sessione a settimana per un totale di 16 sessione e comprendeva tutti e quattro i moduli. Alla fine del trattamento i partecipanti allo Skills Training presentavano una maggior diminuzione dei sintomi depressivi (misurati con Hamilton Rating Scale For Depression e Beck Depression Inventory) rispetto a quelli del gruppo di controllo *(17).* La ricerca indica che la DBT ed in particolare lo Skills Training DBT può essere efficace nei disturbi dell'umore ed in particolar modo nel Disturbo Bipolare. A tal proposito nel 2009 è stato pubblicato " The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for Bipolar Disorder ", il primo manuale ad applicare lo Skills Training della DBT al Disturbo Bipolare.

SCOPO

Lo scopo del nostro lavoro preliminare è stato quello di valutare la fattibilità e l'efficacia dell'implementazione di un intervento di Skills Training DBT di gruppo all'interno della nostra Clinica. In particolare abbiamo voluto verificare se l'applicazione di uno Skills Training DBT a pazienti in fase acuta e con diagnosi diverse potesse essere considerato dai pazienti stessi un valido supporto, costituendo quindi un importante contributo alla terapia farmacologica.

MATERIALI E METODI

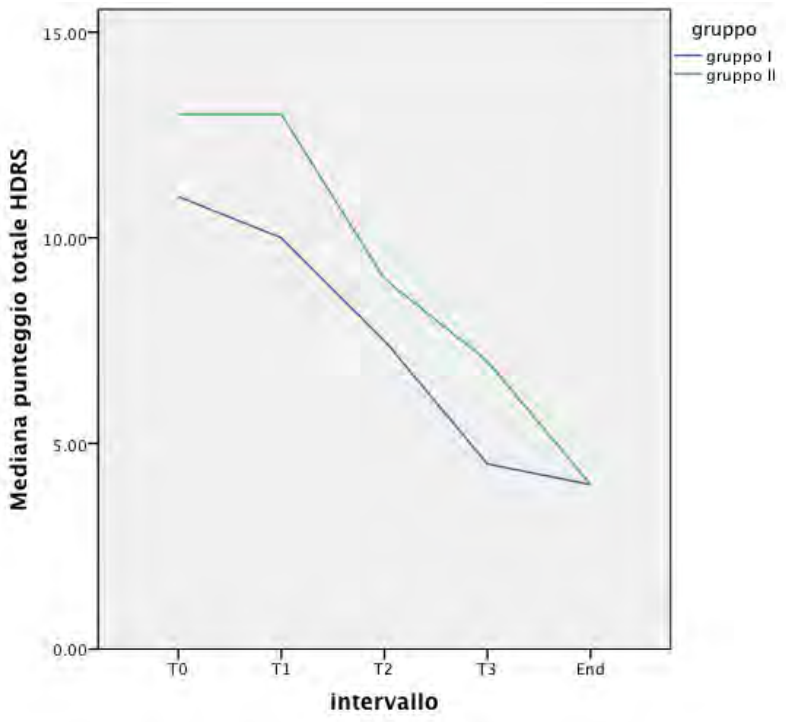
Sono stati reclutati sette pazienti dei quali due maschi e cinque femmine. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi di trattamento. Al primo gruppo hanno partecipato quattro pazienti di età media 34 anni. Due pazienti avevano diagnosi di Disturbo Bipolare non Altrimenti Specificato in

comorbidità con disturbo Borderline di Personalità, un paziente aveva diagnosi di Disturbo Bipolare I, un paziente aveva diagnosi di Disturbo Bipolare non Altrimenti Specificato. Il secondo gruppo di trattamento era costituito da tre pazienti di età media 39 anni con diagnosi di Disturbo Bipolare II in comorbidità con Bulimia Nervosa e Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo bipolare I in comorbidità con Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Post -Traumatico da Stress. In ciascun gruppo terapeutico ogni modulo di Skills Training DBT è stato svolto in una settimana, in tre incontri settimanali della durata di circa due ore l'uno, per un totale di quattro settimane complessive di trattamento. Per svolgere i moduli nella maniera più efficace e in un tempo più limitato, non sono state svolte le schede 6-8-9-10 del modulo dell'efficacia interpersonale, le schede 3-9-10 del modulo della regolazione emotiva e le schede 3-4-5 del modulo della tolleranza della sofferenza mentale/angoscia. Delle schede per gli esercizi sono state utilizzate la 1 e la 2 del modulo della regolazione emotiva e del modulo dell'efficacia interpersonale, la scheda 1 del modulo della tolleranza della sofferenza mentale/angoscia. Nel primo gruppo di trattamento i moduli sono stati applicati seguendo la sequenza temporale riportata nel manuale (scheda generale con obiettivi del trattamento, mindfulness, efficacia interpersonale, regolazione emotiva, tolleranza della sofferenza mentale/angoscia). Nel secondo gruppo il modulo della "efficacia interpersonale" è stato posticipato all'ultima settimana di trattamento ed in seconda settimana è stato affrontato il modulo della "tolleranza della sofferenze mentale/angoscia". Il primo incontro è stato interamente dedicato alla presentazione tra i partecipanti al gruppo ed all'orientamento agli aspetti strutturali del trattamento mentre il primo incontro di ogni modulo (primo incontro della settimana) è stato incentrato sulla presentazione del materiale didattico e sulla consegna della prima scheda di esercizi da compilare a casa.

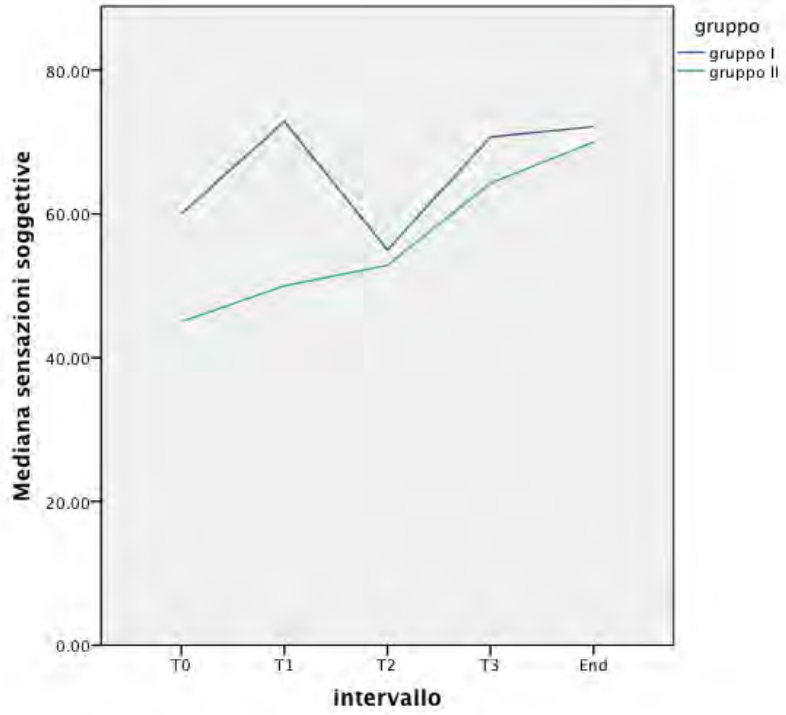
La prima parte dei restanti incontri è stata dedicata invece alla condivisione dei tentativi fatti per esercitarsi nelle specifiche abilità comportamentali mentre la seconda parte è stata incentrata sulla presentazione del nuovo materiale didattico, ponendo periodicamente domande ai partecipanti al fine di valutare la comprensione dei punti chiave trattati. Gli incontri si sono svolti prevalentemente nella stessa stanza e solo eccezionalmente in stanze diverse benché sia consigliabile una notevole flessibilità del setting che è essa stessa terapeutica nell'aiutare già in questo modo il paziente a prendere confidenza con i cambiamenti. All'inizio ed alla fine del trattamento complessivo ed al termine dello svolgimento di ogni modulo sono stati somministrati a ciascun paziente la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS o HAM-D) che indaga 21 diverse aree che sono determinanti per la valutazione dello stato depressivo del paziente, la Quality Of Life Enjoyment And Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) per avere una misura sensibile del grado di piacere e di soddisfazione dei soggetti, la Self- Report Symptom Inventory- Revised (SCL-90-R) per l'autovalutazione sintomatologia dei pazienti ed un Questionario di Valutazione del Training da parte del paziente da noi formulato da compilarsi in autosomministrazione ed in anonimato con il quale siamo andati a valutare il grado di soddisfazione del trattamento da parte del paziente e gli eventuali effetti apportati dal training. Il questionario è composto da sei domande delle quali cinque a risposta singola ed una (riguardante gli effetti prevalenti apportati dal training) a risposta multipla con spazio libero per descrivere ulteriori effetti. Alla fine del questionario ogni paziente ha potuto apportare ulteriori commenti e consigli.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo studio, seppur preliminare e con le limitazioni date soprattutto dal tempo di trattamento e dal numero esiguo del campione, ha messo in evidenza come un intervento di Skills Training DBT possa essere applicato anche in un setting come quello della nostra Clinica costituito da pazienti in fase acuta e con diagnosi diverse. Infatti, all'analisi statistica dei dati ricavati dalla Q-LES-Q, dalla Hamilton Depression Rating Scale e dalla SCR-90 si è evidenziato un generale miglioramento sintomatologico dall'inizio del training alla sua conclusione. In particolar modo, si nota come i punteggi alla Hamilton Depression Rating Scale siano gradualmente diminuiti in entrambi i gruppi ed in maniera omogenea (GRAFICO 1).



Come precedentemente esposto, miglioramenti si sono riscontrati anche in molti domini della Q-LES-Q e della SCR 90. In particolare ci siamo soffermati ad effettuare delle considerazioni sull'andamento delle curve dei punteggi di questi questionari per il gruppo 1. Per ogni dominio si nota infatti un brusco peggioramento sintomatologico a T2, con ritorno poi ad un miglioramento graduale, anche rispetto a T0 come ad esempio nell'area delle sensazioni soggettive della Q-LES-Q (GRAFICO 2) e nelle dimensioni dell'ansia (GRAFICO 3) e della collera-ostilità (GRAFICO 4) della Self-Report Symptom Inventory.



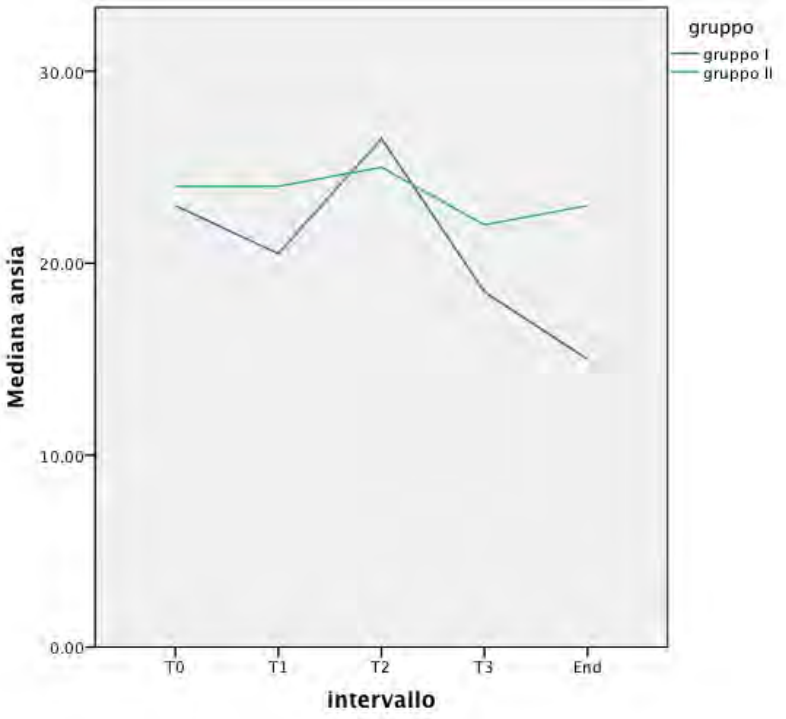


GRAFICO 4

Tale peggioramento brusco risulta difficilmente analizzabile dato il ristretto campione valutato ed il breve tempo di osservazione. Potremmo comunque avanzare alcune ipotesi riguardo a questo fenomeno osservato. In primo luogo possiamo ipotizzare che tale peggioramento possa essere attribuibile ad eventi di vita verificatisi in quel frangente per alcuni pazienti del gruppo; tale ipotesi potrebbe trovare infatti il suo fondamento nella spiccata reattività agli eventi tipica dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità e nella loro difficoltà a regolare le risposte emotive. Inoltre, possiamo osservare che tale peggioramento si è verificato alla fine della seconda settimana di trattamento e cioè dopo lo svolgimento del modulo dell'efficacia interpersonale e quello della mindfulness. Tale peggioramento potrebbe essere correlato all'acquisizione di una maggior consapevolezza da parte dei pazienti, anche in termini di una maggiore autosservazione, che forse non avevano mai preso in considerazione

precedentemente e che può aver comportato un certo grado di destabilizzazione interiore. Da notare inoltre come tale brusco peggioramento sintomatologico si sia presentato nel primo gruppo osservato e non nel secondo. Risulta difficile poter fare dei confronti in termini di diagnosi clinica o di terapia farmacologica assunta, dato il ristretto numero del campione. Possiamo comunque constatare che nel secondo gruppo lo "stress tollerance" e cioè l'insegnamento e l'allenamento delle abilità per superare la sofferenza mentale e l'angoscia, è stato trattato nella seconda settimana del training e non alla fine, come avvenuto per il primo gruppo, e forse i pazienti avevano già acquisito delle abilità per superare i momenti di crisi. Un feed-back molto significativo per il nostro studio è pervenuto dall'elaborazione statistica del questionario di valutazione del training da parte dei pazienti. Alla fine del trattamento tutti i pazienti di entrambi i gruppi hanno riportato di essere soddisfatti del trattamento e di essere stati aiutati da questo percorso terapeutico ad affrontare con maggior efficacia i propri problemi; il 38.46% dei pazienti ha riportato di aver acquisito una maggior capacità ad affrontare le difficoltà, il 30.77% una maggior consapevolezza ed il restante 30.77% una maggior attitudine all'ascolto. Alla fine del percorso tutti i pazienti si sono sentiti seguiti dal terapeuta in maniera molto soddisfacente ed avrebbero consigliato sicuramente il training ad un amico con le stesse difficoltà. Una richiesta quasi unanime da parte dei partecipanti ai gruppi è stata quella di poter ripetere l'esperienza terapeutica che dal 71.43% di loro è risultata essere costituita da incontri insufficienti come numero e soprattutto troppo ravvicinati nel tempo.

Questi dati, seppur preliminari, ci incoraggiano a continuare l'organizzazione e lo svolgimento di gruppi di Skills Training DBT presso la nostra Clinica anche con partecipanti eterogenei per diagnosi, prendendo in considerazione la necessità di svolgere i moduli in un periodo di tempo più lungo e con una sola seduta settimane, come suggerito anche dai pazienti stessi. Alla luce dei nostri risultati infatti, questo percorso terapeutico potrebbe rappresentare un valido contributo nella gestione clinica del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Linehan, M M.I fondamenti dialettici e biosociali del trattamento dialettico-comportamentale. Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline, 2003.

2. Linehan, M,M. Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Vol I. Il modello dialettico. Raffaello Cortina Editore. Nuova edizione: 2011.

3. Trattamento cognitivo- comportamentale del disturbo borderline . Vol II. I gruppi di skills training. Raffaello Cortina Editore. Nuova edizione 2011.

4. Madeddu F, Aquaro P, Preti E. Psychotherapy for borderline personality disorder: a review of literature on the efficacy of four manualized treatments. Journal of Psychopathology 2012.

5. Linehan, M M, Armstrong, H.E., Suarez, A, et al. Cognitive behavioural treatment of chronically parasuicidal patients. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1060-4.

6. Koons, C, Robin, CJ, Tweed, JL. Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behav Ther 2001;32:371-90.

7. Linehan MM, Turtek DA, Heard HL, et al. Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. Am J Psychiatry 1994;151:1771-6.

8. Stepp SD, Epler AJ, Jahng S, et al. The effect of dialectical behaviour therapy skills use on borderline personaliry disorder features. J Pers Disord 2008;22:549-63.

9. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behaviour therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behav Res Ther 2010;48:832-9

10. Barley W, Buie SE, Peterson EW, et al. Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. J Pers Disord 1993;7:232-40.

11. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, et al. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: a prospective study. Behav Res Ther 2000;38: 875-87.

12.Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavioural therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. Cognit Behav Pact 2000; 7:413-9.

13. Soler J, Pascual JC, Tiana T, et al. Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomized controlled clinical trial. Behav Res Ther 2009;47:353-8.

14. Chen, E.Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J., Linehan, M.M. (2008), „Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder". In International Jornal of eating Disorders.

15. Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Steil R.. **Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in survivors of childhood**

sexual abuse. Psychother Psychosom Med Psychol. 2011 Mar;61(3-4):140-7. Epub 2010 Oct 13. German.

16. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ.. **Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study.** Am J Geriatr Psychiatry. 2003 Jan-Feb;11(1):33-45.

17. Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. **Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression.** J Nerv Ment Dis. 2008 Feb;196(2):136-43.