

Il trattamento DBT per il Disturbo Borderline di Personalità in comorbidità con il Disturbo Post-Traumatico da Stress

In questa newsletter scientifica presentiamo:

- I rapporti tra DBP e DBT
- Le prove di efficacia della DBT adattata al PTSD discutendo se e come è possibile trattare questi pazienti con la DBT

I sistemi diagnostici attuali definiscono il Disturbo Post-Traumatico da Stress (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) e il Disturbo Borderline di Personalità (Borderline Personality Disorder, BPD) come quadri distinti: ad esempio, il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, Text Revision (DSM-5-TR; 2022) li colloca su assi diversi. D'altra parte, sia il PTSD sia il BPD hanno importanti relazioni con il trauma e spesso si presentano in comorbidità: infatti, nell'opinione di alcuni ricercatori, potrebbero rappresentare un continuum quali risposte problematiche ad eventi stressanti molto impattanti (Ford & Courtois, 2021).

È importante osservare che i pazienti con codiagnosi BPD e PTSD hanno un profilo specifico, con caratteristiche cliniche e indicazioni terapeutiche uniche (Cloitre, Graveth, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014). I soggetti adulti con codiagnosi di BPD e di PTSD hanno un quadro clinico più complesso rispetto ai soggetti con una sola diagnosi: tendono ad avere un esordio sintomatologico più precoce, una sintomatologia più persistente nel tempo, un maggior numero di tentativi di suicidio e una qualità di vita più bassa.

Tali pazienti devono partecipare a trattamenti dedicati, pena la scarsa efficacia degli interventi (Bradley *et al.*, 2005). Ad esempio, in DBT il tasso di remissione dei sintomi PTSD dopo un anno di trattamento standard per i pazienti con codiagnosi DBP-PTSD è solo del 13% (questo significa che l'87% dei pazienti non vede un miglioramento dei sintomi del PTSD, mentre un trattamento specifico per il PTSD in pazienti con sola diagnosi di PTSD ha un tasso di remissione del 56%).

Per i pazienti con codiagnosi BPD e PTSD sono stati messi a punto diversi protocolli terapeutici. Un trattamento altamente specifico e dai risultati incoraggianti è la **DBT Prolonged Exposure (DBT PE; Harned, 2022)**, un protocollo terapeutico inserito in un programma dedicato.

La DBT PE si inserisce all'interno del programma DBT standard (Linehan, 1993, 2014): è richiesto a tutti i pazienti di impegnarsi nel trattamento per almeno un anno.

Nello Stadio 1 del trattamento, i pazienti seguono dunque il programma DBT standard, che, com'è noto, prevede ogni settimana la partecipazione al gruppo di skills training, il colloquio di terapia individuale,

la consultazione telefonica in caso di necessità e il team meeting di consultazione tra i terapeuti. In questa fase, i sintomi del PTSD sono gestiti sostenendo l'apprendimento e la pratica delle abilità.

Il protocollo DBT PE è implementato nello Stadio 2, quando il paziente ha acquisito la stabilità emotiva e personale necessaria per rievocare esperienze destabilizzanti, e possiede ormai le abilità necessarie per gestire le crisi indotte dai ricordi e dalle esposizioni ad eventi traumatici. Il protocollo della DBT PE è stato messo a punto a partire dalla Prolonged Exposure (Foa *et al.*, 2007) e, pertanto, utilizza esposizioni in vivo e immaginative; inoltre, utilizza strategie e procedure mutuare da DBT, anche per gestire situazioni di crisi insorte durante le esposizioni.

Per un approfondimento sul protocollo DBT PE, si rimanda al manuale, tradotto anche in lingua italiana:

Harned, M. S. (2022). *Treating trauma in Dialectical Behavior Therapy: The DBT prolonged exposure protocol (DBT PE)*. Guilford Publications. Traduzione italiana: *DBT e trauma. Il protocollo di esposizione prolungata (DBT PE)*. Milano: Raffaello Cortina.

Inoltre, nel capitolo indicato di seguito, l'Autrice ha pubblicato una descrizione sintetica del protocollo, corredata da un'esemplificazione clinica:

Harned, M. S., & Sloan, C. A. (2022). *Treating PTSD and Borderline Personality Disorder*. In: Schnyder, U., & Cloitre, M. (Ed.s), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians – Second edition* (pp. 389-404). Cham: Springer International Publishing.

Ad oggi, sono disponibili alcuni studi che ne valutano l'efficacia:

- uno studio RCT, da cui sono stati ricavati tre articoli (Harned *et al.*, 2014, 2018, 2020), descritti nelle pagine seguenti;
- uno studio non RCT condotto sui veterani presso il Minneapolis Veteran Affairs Medical Center (33 soggetti con sintomi di PTSD e di BPD, trattati in un programma intensivo ambulatoriale di un anno):
Meyers, L., Voller, E. K., McCallum, E. B., Thuras, P., Shallcross, S., Velasquez, T. & Meis, L. (2017). *Treating veterans with PTSD and Borderline Personality Symptoms in a 12-week intensive outpatient setting: findings from a pilot program*. *Journal of Traumatic Stress*, 30(2), 178-181. DOI: 10.1002/jts.22174;
- uno studio non RCT su ragazze adolescenti ricoverate presso il McLean Hospital, in Massachusetts (13 soggetti, tutte con diagnosi di PTSD per abusi sessuali infantili, programma erogato in regime di ricovero o di ospedalizzazione parziale)¹:

¹ Per chi fosse interessato ad un approfondimento (per ora per lo più teorico) sulla DBT PE applicata agli adolescenti, è possibile consultare questo articolo:

Kaplan, C., Aguirre, B., & Galen, G. (October, 2015). **Targeting PTSD in an adolescent BPD population: Pilot data using the DBT PE protocol.** Presented at the *McLean Hospital DBT Training Seminar*, Belmont, MA;

- studi multicentrici non RCT condotti su pazienti eterogenei per tipologia e routine cliniche, comunque tutti trattati con il protocollo DBT PE da clinici adeguatamente formati:
 - o Harned, M. S. & Schmidt, S. C. (2017, September). **Can workshop training change community clinicians' practice? A non-randomized comparison of two workshop lengths for training clinicians in the DBT Prolonged Exposure protocol for PTSD.** Poster presented at the *4th Biennial Conference of the Society for Implementation Research Collaboration*, Seattle, WA;
 - o Harned, M. S., Schmidt, S. C., Korslund, K. E., & Gallop, R. J. (2021). **Does adding the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure (DBT PE) protocol for PTSD to DBT improve outcomes in public mental health settings? A pilot nonrandomized effectiveness trial with benchmarking.** *Behavior Therapy*, 52(3), 639-655. DOI: 10.1016/j.beth.2020.08.003.

Nelle pagine successive, saranno approfonditi alcuni articoli che introducono il protocollo DBT-PE, lo confrontano con altri programmi terapeutici, ne valutano le prove di efficacia e i meccanismi dell'azione terapeutica. Infine, saranno descritti alcuni articoli selezionati sulla relazione tra BPD e trauma, sempre nella cornice del trattamento DBT.

Lang, C. M., Edwards, A. J., Mittler, M. A., & Bonavitacola, L. (2018). **Dialectical Behavior Therapy with prolonged exposure for adolescents: rationale and review of the research.** *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(3), 416-426. DOI: 10.1016/j.cbpra.2017.12.005.

1. Il protocollo DBT-PE: dati preliminari e confronto con altri trattamenti

Titolo	Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with Borderline Personality Disorder: development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol
Autori	Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M.
Anno	2012 (giugno)
Rivista	<i>Behaviour Research and Therapy</i> , 50(6), 381-386
DOI	10.1016/j.brat.2012.02.011

Il primo articolo che si riporta è, in ordine temporale, il primo lavoro pubblicato da Melanie S. Harned sullo sviluppo e sui dati preliminari di efficacia del protocollo DBT Prolonged Exposure (DBT PE).

Lo studio ha coinvolto un numero contenuto di soggetti, tredici donne (età compresa tra i 18 e i 60 anni; $M_{età} = 39,4$ anni, $DS_{età} = 11,4$) con codiagnosi di BPD e di PTSD, con comportamenti suicidari e/o autolesivi recenti (presenti almeno negli ultimi tre mesi). Tre pazienti (23,1%), purtroppo, hanno interrotto prima di concludere il programma DBT standard. Dieci pazienti (76,9%) hanno completato il trattamento DBT standard e iniziato il protocollo DBT-PE; di queste, tre pazienti hanno interrotto prima di concludere il protocollo DBT PE. Tutte le pazienti *completers*² sono state ulteriormente monitorate in un follow-up di tre mesi dopo la conclusione del trattamento.

I risultati hanno mostrato che, al termine del programma, il 71,4% delle pazienti che avevano completato il percorso non soddisfaceva più i criteri per la diagnosi di PTSD (il 60% dei soggetti nel campione *intent-to-treat*). Per quanto concerne i comportamenti autolesivi, meno di un terzo delle pazienti (27,3%) li aveva mantenuti nel corso del trattamento. Ulteriori miglioramenti sono stati riscontrati nell'ideazione suicidaria, nei sintomi dissociativi, nei sentimenti di colpa legati ai ricordi traumatici, nei sentimenti di vergogna, nei sintomi ansiosi e depressivi, e nella capacità di adattamento sociale: gli *effect size* erano soddisfacenti, da moderati ad ampi, e i risultati sono stati mantenuti anche nel *follow-up*. In generale, gli Autori hanno considerato i risultati promettenti.

² Con il termine *completers* si intendono i soggetti che hanno completato l'intero programma terapeutico.

Titolo	The Combined Treatment of PTSD with Borderline Personality Disorder
Autore	Harned, M. S.
Anno	2014 (dicembre)
Rivista	<i>Current Treatment Options in Psychiatry</i> , 1(4), 335-344
DOI	10.1007/s40501-014-0025-2

Nell'articolo sopra citato, Melanie S. Harned illustra il protocollo DBT-PE, confrontandolo in modo dettagliato e critico con altri trattamenti affini:

- la **Prolonged Exposure** (PE; Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007) e la **Cognitive Processing Therapy** (CPT; Resick & Schnicke, 1993), che sembrano essere poco indicate per pazienti con un rischio suicidario importante o con comportamenti disfunzionali molto gravi;
- la **Dialectical Behavior Therapy** (DBT; Linehan, 1993), che ha un'efficacia solo parziale sui sintomi del PTSD; inoltre, in pazienti con codiagnosi BPD e PTSD, DBT ha mostrato un'efficacia limitata;
- la **DBT per PTSD** (DBT-PTSD; Bohus et al., 2013; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus, 2011) e la **Narrative Exposure Therapy** (NET; Schauer, Neuner, & Elbert, 2011), che sembrano essere rivolte primariamente al PTSD e ai sintomi legati agli eventi traumatici, più che ai comportamenti disfunzionali tipici del BPD.

In conclusione, la DBT PE risulta essere particolarmente indicata per i pazienti con PTSD e una diagnosi di BPD con un profilo importante di gravità (nello specifico, con comportamenti suicidari attivi o recenti, gravi comportamenti autolesivi non suicidari e/o altre diagnosi in comorbilità).

L'Autrice ha pubblicato una versione più recente del confronto tra i trattamenti nel capitolo già citato in precedenza: la parte sui modelli è stata resa più snella e aggiornata con gli studi RCT disponibili. Si riporta nuovamente il riferimento bibliografico per completezza:

Harned, M. S., & Sloan, C. A. (2022). Treating PTSD and Borderline Personality Disorder. In: Schnyder, U., & Cloitre, M. (Ed.s), Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians – Second edition (pp. 389-404). Cham: Springer International Publishing.

Per un approfondimento sul confronto tra DBT-PTSD e DBT PE si rimanda all'articolo citato di seguito:

Choi-Kain, L., Wilks, C. R., Ilagan, G. S., & Iliakis, E. A. (2021). Dialectical Behavior Therapy for early life trauma. Current Treatment Options in Psychiatry, 8(3), 111-124.

2. Il protocollo DBT-PE: prove di efficacia e meccanismi dell'azione terapeutica

Titolo	A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD
Autori	Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M.
Anno	2014 (aprile)
Rivista	<i>Behaviour Research and Therapy</i> , 55(4), 7-17
DOI	10.1016/j.brat.2014.01.008

Titolo	Improving functional outcomes in women with Borderline Personality Disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions
Autori	Harned, M. S., Wilks, C. R., Schmidt, S. C., & Coyle, T. N.
Anno	2018 (aprile)
Rivista	<i>Behaviour Research and Therapy</i> , 103(4), 53-61
DOI	10.1016/j.brat.2018.02.002

Titolo	Identifying change targets for Posttraumatic Stress Disorder among suicidal and self-injuring women with Borderline Personality Disorder
Autori	Harned, M. S., Fitzpatrick, S., & Schmidt, S. C.
Anno	2020 (agosto)
Rivista	<i>Journal of Traumatic Stress</i> , 33(4), 610-616
DOI	10.1002/jts.22504

I tre studi sono riepilogati congiuntamente poiché i dati sono stati elaborati a partire da un unico disegno sperimentale, ad oggi l'unico RCT disponibile sulla DBT PE. Il campione ha coinvolto ventisei donne con codiagnosi di PTSD e di BPD, e con comportamenti suicidari e/o autolesivi attuali o recenti. Le pazienti sono state assegnate in modo random al trattamento DBT standard (9 soggetti, di cui 5 completers) oppure alla combinazione DBT standard e DBT PE (17 soggetti, di cui 10 completers); è stata utilizzata la *minimization randomization procedure* per garantire che i due gruppi fossero

equiparabili rispetto alle caratteristiche cliniche più pertinenti alla ricerca (comportamenti disfunzionali, sintomi del PTSD, prescrizioni sintomatologiche). Le misurazioni sono state condotte nell'arco di un anno, a cadenza di quattro mesi, ed è stato aggiunto un assessment di *follow-up* a distanza di tre mesi dalla conclusione dei trattamenti.

Il primo studio (Harned *et al.*, 2014) ha mostrato come la combinazione DBT standard e DBT PE portasse ad un miglioramento significativamente maggiore dei sintomi del PTSD, fino ad una scomparsa della diagnosi nell'80% dei soggetti *completers* (contro il 40% dei soggetti *completers* che avevano seguito il solo programma DBT standard). Sempre nel campione sottoposto al trattamento combinato, confrontato con il campione DBT, la probabilità di commettere tentativi di suicidio si era ridotta di 2,4 volte e la probabilità di mettere in atto comportamenti autolesivi si era ridotta di 1,5 volte. Il trattamento combinato ha mostrato *effect size* da ampi a moderati per i target secondari, quali i sintomi dissociativi, i sentimenti di colpa (migliorati nel 60% dei soggetti al termine del trattamento combinato) e di vergogna (migliorati in tutti i soggetti sottoposti al trattamento combinato), i sintomi ansiosi (nel 40% dei soggetti) e depressivi (nel 60% dei soggetti), e il livello generale di funzionamento (nell'80% dei soggetti).

Le Autrici hanno esaminato nel dettaglio l'andamento temporale delle variabili con la *mixed model analysis*. È stato rilevato un effetto principale significativo del fattore temporale e un effetto non significativo della condizione sperimentale: questi risultati suggeriscono che i due programmi terapeutici siano ugualmente efficaci rispetto ai target. Tuttavia, un'analisi più approfondita delle pendenze delle traiettorie di cambiamento (in altri termini, la rapidità con cui si conseguono dei cambiamenti) ha rilevato una riduzione marcatamente significativa dei sintomi ansiosi e del livello di compromissione globale nel campione sottoposto al trattamento combinato, e non nel campione inserito nella sola DBT standard.

Il secondo studio (Harned *et al.*, 2018) si è prefissato di esaminare i cambiamenti nel livello di compromissione funzionale nel trattamento combinato DBT standard e DBT PE.

Con il termine "funzionale" si intendono aspetti quali la cura della salute medica, la qualità delle relazioni interpersonali, l'occupazione lavorativa, l'adattamento sociale. Si tratta di una dimensione complessa e delicata: infatti, sebbene molti trattamenti *evidence-based* del BPD apportino miglioramenti significativi nel funzionamento psico-sociale, spesso nei pazienti permangono importanti compromissioni funzionali al termine dei programmi. Ad esempio, solo una quota compresa tra il 25% e il 55% dei pazienti in trattamento DBT da un anno si può considerare "socialmente allineata" con la popolazione non clinica (Wilks, Korslund, Harned, & Linehan, 2016).

Sono state ripetute le analisi con i modelli lineari gerarchici per esaminare l'effetto dei fattori e delle loro interazioni sull'andamento temporale dei target. Come nello studio precedente, è emerso un effetto principale significativo del fattore temporale e un effetto non significativo della condizione sperimentale, a conferma dell'efficacia di entrambe i programmi. Tuttavia, comparando i risultati al termine del trattamento e nel *follow-up*, è emerso come i miglioramenti nel funzionamento globale, nella salute fisica e nell'adattamento sociale fossero significativamente maggiori per i soggetti inseriti nel trattamento combinato.

Gli Autori hanno condotto ulteriori analisi con *time-lagged mixed effects models* per ipotizzare meccanismi dell'azione terapeutica. È emerso che la riduzione dei sintomi del PTSD migliorava in modo significativo la cura di sé, l'adattamento sociale e il funzionamento globale; inoltre, la riduzione della cognitivtà post-traumatica determinava un miglioramento funzionale generale.

Infine, **il terzo studio (Harned *et al.*, 2020)** ha proseguito con analisi più dettagliate sugli effetti di alcune variabili sui target nel corso dei trattamenti. I *time-lagged mixed-effects models* hanno mostrato come la gravità dei sintomi del PTSD si associasse a un miglioramento più lento tanto sugli stessi sintomi, quanto sui target secondari. I sentimenti di colpa e la tendenza ad evitare emozioni e situazioni potevano causare un aggravamento della sintomatologia del PTSD, ma solo nel campione trattato in DBT standard, e non nei soggetti nel trattamento combinato DBT e DBT PE: in altri termini, il trattamento combinato sembra prevenire alcuni fattori di rischio per la sintomatologia del PTSD. Inoltre, i risultati hanno suggerito di lavorare con particolare attenzione sulla cognitivtà connessa ai ricordi traumatici, sui sentimenti di vergogna e di colpa, e sulle difficoltà nella regolazione emotiva per migliorare i sintomi del PTSD nei pazienti con una codiagnosi BPD.

3. Studi recenti su BPD, trauma e DBT

Titolo	Impact of childhood maltreatment in Borderline Personality Disorder on treatment response to intensive Dialectical Behavior Therapy
Autori	Euler, S., Stalujanis, E., Lindenmeyer, H. J., Nicastro, R., Kramer, U., Perroud, N., & Weibel, S.
Anno	2021 (giugno)
Rivista	<i>Journal of Personality Disorders</i> , 35(3), 428-446
DOI	10.1521/pedi_2019_33_461

Gli Autori si sono concentrati sul maltrattamento infantile, inteso in senso ampio come condizione di abuso (emotivo, fisico o sessuale) e/o di trascuratezza (fisica o emotiva) avvenuta in età infantile. È risaputo che si associa spesso alla diagnosi di BPD in età adulta: infatti, più del 90% dei pazienti con BPD riferisce forme di maltrattamento nell'infanzia; inoltre, la sintomatologia dei pazienti con BPD ed esperienze infantili avverse tende ad essere particolarmente complessa e grave (McFetridge, Milner, Gavin, & Levita, 2015).

Poiché la disregolazione emotiva sembra essere un aspetto centrale tanto nelle sequele del maltrattamento infantile, quanto nelle cause del BPD, gli Autori si sono interessati alla DBT quale trattamento rivolto in modo elettivo alla regolazione emotiva e comportamentale. In particolare, si sono rivolti al programma Intensive DBT (I-DBT; McQuillan *et al.*, 2005), un trattamento breve, della durata di quattro settimane, erogato in regime di day hospital per evitare le ospedalizzazioni a pazienti ad alto rischio suicidario. Data la brevità dell'intervento, I-DBT affronta solo i comportamenti che mettono a repentaglio l'incolumità dei pazienti; target considerati secondari (come, ad esempio, i sintomi legati ad esperienze traumatiche) sono affrontati in misura marginale. I risultati preliminari di I-DBT hanno finora mostrato una buona efficacia sulla sintomatologia depressiva, sui sentimenti di sconforto e sulla mindfulness.

L'obiettivo degli Autori era valutare se il maltrattamento infantile impattasse sugli esiti del programma I-DBT, e in che modo. Hanno esaminato un campione ampio, composto da 333 soggetti con diagnosi di BPD, reclutati al Geneva University Hospital tra il 2009 e il 2016. Il campione era composto in larga parte da donne (93% del totale); l'età media era di 32 anni ($M_{età} = 31,96$ anni, $DS_{età} = 9,8$). Le analisi sono state condotte con regressioni lineari e logistiche, e i *linear mixed models*, utilizzando un approccio bayesiano, considerato più conservativo.

Ottantasei pazienti (il 25,8% del totale) hanno interrotto prematuramente il trattamento: il tasso di dropout è risultato significativamente inferiore nei pazienti con *emotional neglect* e significativamente maggiore nei pazienti con *emotional abuse*; tuttavia, controllando per l'effetto dei sintomi del PTSD, l'associazione tra dropout e trascuratezza emozionale è diventata non significativa. I risultati suggeriscono che la presenza di abusi emotivi nell'infanzia possa costituire un ostacolo per la continuità terapeutica in età adulta; viceversa, l'impatto della trascuratezza emotiva nell'infanzia sui trattamenti svolti in età adulta risente della gravità degli eventi traumatici occorsi nell'arco di vita.

Sono state poi valutate le relazioni tra le variabili. I risultati hanno suggerito come vi siano meccanismi di cambiamento differenti in base alla storia di vita: infatti, la presenza di traumi infantili si associava a una maggiore efficacia terapeutica sull'impulsività; inoltre, il trattamento è risultato più efficace sulla sintomatologia depressiva in presenza di *emotional neglect* nell'infanzia. Viceversa, la trascuratezza fisica nell'infanzia si associava a cambiamenti significativamente inferiori nella sintomatologia depressiva.

In sintesi, lo studio ha permesso di ipotizzare meccanismi dell'azione terapeutica di DBT specifici per categorie di pazienti con determinate esperienze avverse. D'altra parte, l'impatto del maltrattamento infantile sulla continuità delle cure richiede la definizione di procedure e strategie terapeutiche dedicate in sede di pretrattamento.

Titolo	The critical role of affect regulation accounting for increased general distress, risk to self, and lower quality of life in females with EUPD and CPTSD, compared to EUPD alone
Autori	Morris, D. J., Webb, E. L., Umpunjun, P., Fox, E., Dickens, A., Leson, A., Sadler, E., Lupattelli Gencarelli, B., Taylor, V., McAllister, P., & Karatzias, T.
Anno	2024 (marzo)
Rivista	<i>European Journal of Trauma & Dissociation</i> , 8(1), article number 100374
DOI	10.1016/j.ejtd.2023.100374

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (*Complex Post-Traumatic Stress Disorder*, CPTSD; World Health Organisation, 2019) condivide con il BPD (definibile anche come *Emotionally Unstable Personality Disorder*, EUPD; World Health Organisation, 1992) alcuni aspetti sintomatologici ed eziopatogenetici; inoltre, entrambe le diagnosi si associano spesso a quadri clinici complessi e a esiti terapeutici parziali. Le due diagnosi sembrano presentare un'elevata comorbidità. Quando accade che le due diagnosi siano co-presenti, si osserva una crescita esponenziale della gravità sintomatologica, con ricadute importanti sul funzionamento, sulla sofferenza soggettiva e sull'efficacia degli interventi.

[Per un approfondimento sull'argomento, si rimanda a: Ford, 2020; Ford & Courtois, 2021]

Gli Autori si sono prefissati di esaminare la specificità della comorbidità tra EUPD e CPTSD, comparata con la sola diagnosi di EUPD. Hanno esaminato un campione di 47 donne trattate in un programma DBT standard, valutate tra aprile 2019 e dicembre 2022. Di queste, 15 (31,91%) avevano la sola diagnosi di EUPD, le restanti 32 (68,09%) avevano la codiagnosi EUPD e CPTSD. Le pazienti con EUPD e CPTSD in comorbidità avevano livelli significativamente più elevati di sofferenza e mettevano in atto un numero maggiore di comportamenti a rischio; la loro qualità di vita era significativamente inferiore rispetto alle pazienti con EUPD. Questi risultati hanno confermato la maggiore complessità e gravità della presenza congiunta delle due diagnosi. L'analisi di regressione gerarchica ha mostrato come, controllando per l'effetto delle altre variabili, la disregolazione emotiva da sola fosse un predittore significativo dei tre domini descritti: sofferenza soggettiva, comportamenti a rischio e qualità di vita. Tale risultato ha suggerito che la disregolazione emotiva possa costituire un terreno comune tra le due diagnosi. In sintesi, lo studio ha evidenziato l'utilità di trattare i pazienti con codiagnosi di CPTSD e EUPD focalizzandosi sulla regolazione emotiva; d'altra parte, i risultati hanno suggerito l'utilità di un trattamento modulare, che affronti in fasi successive le problematiche poste dai due disturbi.

Per decenni la DBT standard ha cercato di curare i numerosi pazienti che, oltre ad essere pazienti disregolati multiproblematici, esibivano importanti compromissioni dovute al PTSD. La DBT-PE è riuscita ad affrontare il problema del cosa fare dopo che la DBT riesce a stabilizzare i pazienti, offrendo risultati di efficacia importanti e promettenti. Inoltre, accanto al progredire della ricerca, la formazione dei clinici conta oggi su un training dedicato di 4 giorni che SIDBT-ETS offre quest'anno con Melanie Harned, autrice dell'adattamento della DBT al trattamento del trauma <https://www.sidbt.it/dbt/seminari-con-relatori-internazionali/>