

I trattamenti DBT per il disturbo post-traumatico da stress-PTSD:

DBT PE e DBT-PTSD

In questo numero della newsletter scientifica presentiamo:

- un breve riepilogo dei quadri clinici legati al PTSD;
- le caratteristiche principali dei due programmi DBT per pazienti con codiagnosi di BPD e Disturbo Post-Traumatico da Stress (DBT PE e DBT-PTSD);
- le principali prove di efficacia dei due programmi e una metanalisi in cui si comparano.

1. Introduzione

1.1. *Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Post Traumatico da Stress e PTSD Complesso*

Il Disturbo Borderline di Personalità (*Borderline Personality Disorder*, BPD) e il Disturbo Post-Traumatico da Stress (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD) sono quadri clinici spesso riscontrati in pazienti con storie traumatiche nell'infanzia (Cutajar, Mullen, Ogloff, Thomas, Wells, & Spataro, 2010; Maniglio, 2009). Spesso si presentano in comorbidità: come rilevato in una review di Choi-Kain e collaboratori (2021), nei campioni clinici, dal 50 al 70% dei soggetti con BPD ha una codiagnosi di PTSD, e dal 22 al 24% dei soggetti con PTSD ha a sua volta una codiagnosi di BPD. Nei casi di comorbidità, il quadro clinico è grave e complesso: infatti, vi è un elevato rischio suicidario, autolesività, una sintomatologia persistente nel tempo, bassa qualità di vita. Si tratta di pazienti che richiedono frequenti ospedalizzazioni e sono poco responsivi ai trattamenti disponibili (Pagura, Stein, Bolton, Cox, Grant, & Sareen, 2010, 2013).

In tempi più recenti, ICD-11 (*International Classification of Diseases, 11th Revision*; WHO, 2019) ha accolto una nuova categoria diagnostica: il Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso (*Complex PTSD*, CPTSD). È caratterizzato dalla persistenza di ricordi di esperienze traumatiche, con sintomi tipici del PTSD (quali rivivere le esperienze traumatiche, l'evitamento e l'ipervigilanza); inoltre, devono essere presenti fragilità identitarie, definite *disturbances of self-organization* (quali disregolazione

emotiva, difficoltà interpersonali, visione negativa di sé) – queste ultime mostrano una chiara sovrapposizione con caratteristiche nucleari del BPD.

1.2. Trattamenti DBT per il PTSD in pazienti con diagnosi di BPD

Nonostante i dati sulla prevalenza e sulla gravità indichino la necessità di interventi terapeutici mirati ad efficaci, ad oggi vi sono poche proposte terapeutiche per i pazienti con doppia diagnosi PTSD e BPD. I trattamenti più efficaci per il PTSD escludono i soggetti con comportamenti autolesivi e suicidari; d'altra parte, nella DBT utilizzata secondo il modello comprensivo/standard del trattamento elettivo dello stadio 1 che non tratta il PTSD fino a quando i comportamenti autolesivi e di rischio non siano sotto controllo, il tasso di remissione dei sintomi PTSD dopo un anno di trattamento standard per pazienti con codiagnosi DBP-PTSD è pari solo al 13% (Bradley *et al.*, 2005).

Ad oggi, sono disponibili due protocolli terapeutici per i pazienti con codiagnosi BPD e PTSD che conciliano le abilità dello skills training DBT e i trattamenti *exposure-based* rivolti al trauma:

- la **DBT Prolonged Exposure (DBT PE; Harned, 2022)**, un protocollo terapeutico che si rivolge a una popolazione di pazienti multiproblematici con PTSD che usualmente non viene trattata. La condizione per accedere ai trattamenti per PTSD, infatti, è di non presentare comportamenti di rischio non controllati, come presentano i pazienti dello stadio 1.

L'importante novità introdotta con il protocollo DBT-PE è di avere definito specifici criteri di preparazione per rendere idonei al trattamento anche pazienti multiproblematici e con significativa disregolazione emotiva, indipendentemente dallo stadio in cui si trovano, e che ancora presentano discontrollo comportamentale dello stadio 1. Tutti i pazienti possono perciò accedervi.

Si tratta di un protocollo che si inserisce all'interno del percorso della DBT standard, breve (3 sedute di preparazione, alcune sedute intermedie tarate sulla gravità dei sintomi e 1 seduta conclusiva) e mirato, condotto dal terapeuta individuale, che utilizza sia le diverse modalità (terapia individuale, gruppi di skills training, consultazione telefonica, team di consultazione e trattamenti ancillari) che le strategie della DBT standard (validazione e problem solving) e propone esposizioni al trauma *in vivo* e immaginative (mutuate dalla *Prolonged Exposure* di Foa e collaboratori, 2007). La durata del protocollo è definita in base al monitoraggio della sintomatologia PTSD del paziente e del conseguimento degli obiettivi terapeutici.

Ad oggi, su DBT PE è stato condotto uno studio RCT, da cui sono stati ricavati tre articoli (Harned *et al.*, 2014, 2018, 2020).

Per un approfondimento su 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.

- la **DBT per PTSD (DBT-PTSD; Bohus et al., 2013; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus, 2011)**, un trattamento strutturato rivolto a pazienti con gravi esperienze traumatiche precoci. Integra aspetti psicoeducazionali, specifiche abilità DBT e principi dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Può essere erogato in regime residenziale (in un programma di 12 settimane) oppure in regime ambulatoriale (con una durata di 6 o 12 mesi).

Nella sua prima formulazione, DBT-PTSD era organizzata in **tre fasi**:

1. motivazione al trattamento, psicoeducazione e apprendimento di specifiche abilità DBT (mindfulness, *self-compassion*, strategie per contrastare la dissociazione, tolleranza della sofferenza, regolazione emotiva);
2. interventi cognitivi e di esposizione rivolti alle esperienze traumatiche (pratica guidata delle abilità, elaborazione delle emozioni primarie, cambiamento dei pattern di evitamento);
3. accettazione radicale del trauma e ripartenza per una vita degna di essere vissuta; prevenzione delle ricadute.

Nelle formulazioni successive, le fasi sono state ampliate e portate a **sette**:

- La prima parte è stata articolata in **tre fasi specifiche** (Commitment, Modello del trauma e motivazione, Abilità ed elementi cognitivi), con l'obiettivo generale di insegnare ai pazienti a riconoscere i pattern di evitamento in risposta agli stimoli associati al trauma, e di apprendere nuove abilità DBT in sostituzione alle strategie di fuga.
- La **quarta fase** si focalizza sulla pratica guidata delle abilità durante le esposizioni ai ricordi traumatici
- La **quinta fase** consiste nella pratica dell'accettazione radicale del passato e del dolore che causa.
- La **sesta fase** si orienta sul miglioramento del funzionamento psicosociale e sulla prevenzione delle ricadute.
- La **settima e ultima fase** è dedicata al congedo.

È disponibile il manuale di DBT-PTSD, l'edizione originale è in lingua tedesca:

Bohus, M. S. (2024). *DBT-Skillstraining: Das Patienten-Manual*. Stuttgart: Schattauer. Traduzione italiana: *DBT Skills. Training per il Disturbo Borderline di Personalità e il PTSD complesso. Manuale per il paziente*. Milano: Raffaello Cortina.

Nella pagina seguente è riportata una tabella comparativa che riassume gli aspetti principali dei due programmi di trattamento.

Come si evince dalla tabella, DBT PE e DBT-PTSD differiscono già in partenza: infatti, DBT PE non espone i pazienti alle procedure di esposizione al trauma finché non sono state apprese e consolidate le abilità DBT, e finché i pazienti non hanno raggiunto una buona stabilità, tanto da non avere più comportamenti autolesivi né suicidari da almeno due mesi.

Diversamente, DBT-PTSD si concentra sin dall'inizio sulla riduzione dei comportamenti di evitamento e di fuga, fornendo strategie alternative per gestire i ricordi traumatici e le conseguenti risposte emozionali. Per tale ragione, i requisiti sono meno restrittivi: sebbene i pazienti non debbano essere a rischio suicidario, possono avere ancora pensieri suicidari e comportamenti autolesivi.

Per un approfondimento sul confronto tra i fondamenti teorici e clinici DBT PE e DBT-PTSD si rimanda agli articoli indicati 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.

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.

Nei prossimi paragrafi presentiamo gli studi RCT di DBT PE e di DBT-PTSD ad oggi disponibili, e una metanalisi recente sull'efficacia dei trattamenti DBT per PTSD.

Tabella 1. Principali caratteristiche di DBT PE e di DBT-PTSD (modificato da Choi-Kain *et al.*, 2021).

	DBT PE	DBT-PTSD
Requisiti sui comportamenti autolesivi e suicidari	<ul style="list-style-type: none"> - Sono richieste almeno otto settimane senza sintomi autolesivi/suicidari prima di avviare il protocollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno quattro settimane senza rischio suicidario prima di iniziare il protocollo - Impegno nell'astensione dai comportamenti suicidari - Nessuna restrizione sui comportamenti autolesivi
Prima delle procedure di esposizione	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta anamnestica completa, comprensiva delle esperienze traumatiche - Programma DBT standard (orientamento al trattamento e commitment, definizione dei comportamenti target, partecipazione ai colloqui individuali e ai gruppi di skills training) - Disponibilità ad un supporto a familiari/conviventi - Esposizioni <i>in vivo</i> di intensità bassa/moderata a situazioni evitate - Orientamento e preparazione alle esposizioni legate al trauma 	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta anamnestica completa, comprensiva delle esperienze traumatiche - Orientamento al trattamento (comprensivo dell'accordo sul rimanere in vita) e commitment - Psicoeducazione sul trauma, sull'ambiente traumatico e sulle conseguenze nella regolazione emotiva - Consapevolezza della tendenza all'evitamento, ai comportamenti di fuga e ai pensieri auto-svalutanti (<i>old path</i>) - Motivazione a perseguire una vita orientata a obiettivi e valori (<i>new path</i>) - Apprendimento di abilità (mindfulness, <i>self-compassion</i>, strategie per contrastare la dissociazione, tolleranza della sofferenza, regolazione emotiva) - Esposizioni <i>in vivo</i> a situazioni evitate - Orientamento e preparazione alle esposizioni legate al trauma
Procedure di esposizione	<ul style="list-style-type: none"> - Esposizioni immaginative all'evento traumatico ed esercizi di esposizioni <i>in vivo</i> - Gradualmente, le esposizioni si concentrano sui momenti di maggiore attivazione - <i>Emotional processing</i> dei vissuti legati al trauma, con l'obiettivo di sostenere le emozioni giustificate e sfidare miti/emozioni non giustificate 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratica guidata delle abilità nelle esposizioni immaginative e sensoriali all'evento traumatico e all'invalidazione traumatica - Si inizia con i ricordi più attivanti - Il terapeuta guida il paziente nell'oscillazione tra i ricordi e il contatto con il presente, per discriminare il passato dall'attualità - <i>Emotional processing</i> delle emozioni primarie legate al trauma, quali disgusto, paura e senso di impotenza
Dopo le procedure di esposizione	<ul style="list-style-type: none"> - Identificare i trigger all'evitamento e pianificare come affrontare potenziali <i>stressor</i> - Ritornare a DBT standard per lavorare sulle problematiche di vita ordinaria (ad es., autoinvalidazione, relazioni interpersonali, aspirazioni e valori) 	<ul style="list-style-type: none"> - Incoraggiare l'accettazione radicale del trauma e il dolore per i "sogni infranti" - Promuovere una vita orientata a obiettivi e valori (<i>new path</i>) in attività occupazionali, relazioni interpersonali, rapporto con il corpo e con la sessualità - Prevenire la ricomparsa dei sintomi e le ricadute

2. Prove di efficacia di dei trattamenti DBT per il PTSD: gli studi RCT

2.1. DBT PE

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 riportati 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*¹) 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 l'efficacia dell'intervento per entrambe i gruppi sui sintomi PTSD ($\beta = 4.5$, $SD = 3.42$, $p < 0.01$), senza differenze significative tra i due trattamenti; anche l'interazione tempo*gruppo è risultata non significativa. Tuttavia, la combinazione DBT standard e DBT PE aveva portata ad un miglioramento significativamente maggiore dei sintomi del PTSD (l'*effect size* più ampio si è riscontrato nel gruppo dei *completers* del protocollo combinato, $g = 2.9$), fino ad una scomparsa della diagnosi nell'80% dei soggetti *completers* (contro il 40% dei soggetti *completers* che avevano seguito il programma DBT standard).

Inoltre, il trattamento combinato è risultato più efficace di DBT standard sugli altri *outcome* primari: sugli impulsi suicidari, in termini di intensità ($p < .001$) e frequenza ($p < .01$), e sull'intensità degli impulsi autolesivi ($p < .001$). Il trattamento combinato ha mostrato *effect size* da ampi a moderati anche per i target secondari, quali i sintomi dissociativi, i sentimenti di colpa e di vergogna, i sintomi ansiosi e depressivi, e il livello generale di funzionamento.

Il secondo studio (Harned *et al.*, 2018) ha approfondito la analisi sull'andamento temporale dei target secondari, sempre utilizzando i modelli lineari gerarchici.

In merito al funzionamento globale, è stato rilevato un effetto principale del fattore tempo ($\beta = 4.03$, $SD = 0.75$, $p < 0.001$), senza differenze sostanziali tra i due programmi terapeutici. Tuttavia, confrontando i risultati al termine del trattamento e nel *follow-up*, è emerso come alcuni miglioramenti fossero significativamente maggiori per i soggetti inseriti nel trattamento combinato: infatti, il funzionamento globale era diventato soddisfacente nel 45% dei soggetti che avevano seguito anche il protocollo DBT PE, e in nessuno dei soggetti che avevano partecipato alla sola DBT standard ($\chi^2_1 = 3.86$, $p < .05$).

Si è osservato un cambiamento significativo nel tempo anche nelle capacità di adattamento ($\beta = -0.29$, $SD = 0.04$, $p < 0.001$) e nelle difficoltà interpersonali ($\beta = -0.36$, $SD = 0.07$, $p < 0.001$). Per entrambe le variabili, l'interazione tempo*gruppo è risultata significativa, indicando miglioramenti più solidi nel trattamento combinato (capacità di adattamento: $\beta = 0.17$, $SD = 0.07$, $p = 0.02$; difficoltà interpersonali: $\beta = 0.24$, $SD = 0.09$, $p = 0.01$).

La qualità di vita è migliorata significativamente nel tempo ($\beta = 0.63$, $SD = 0.19$, $p = 0.001$), in misura comparabile nei due programmi terapeutici.

¹ Con il termine *completers* si intendono i soggetti che hanno completato l'intero programma terapeutico.

Gli Autori hanno condotto ulteriori analisi con *time-lagged mixed effects models* per ipotizzare i meccanismi dell'azione terapeutica: i risultati hanno suggerito che una riduzione importante dei sintomi del PTSD migliorasse in modo significativo la cura di sé ($p = .005$), il funzionamento globale ($p = .04$) e l'adattamento sociale ($p = .02$); inoltre, è possibile ritenere che una riduzione importante della cognitivtà post-traumatica agisse sulla qualità di vita e sulla cura di sé ($ps = .004$), sul funzionamento generale ($p = .04$) e sulle problematiche interpersonali ($p = .02$).

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. Inoltre, 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 (per i sentimenti di colpa, $B = 11.25$, $p = .009$; per l'evitamento esperienziale, $B = 0.51$, $p = .004$), e non nei soggetti nel trattamento combinato DBT e DBT PE (per i sentimenti di colpa, $B = -0.33$, $p = .783$; per l'evitamento esperienziale, $B = 0.02$, $p = .862$): in altri termini, il trattamento combinato sembra prevenire alcuni fattori di rischio per la sintomatologia del PTSD. In sintesi, 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.

2.2. DBT-PTSD

Titolo	Dialectical Behaviour Therapy for Posttraumatic Stress Disorder after childhood sexual abuse in patients with and without Borderline Personality Disorder: a Randomised Controlled Trial
Autori	Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R.
Anno	2013 (maggio)
Rivista	<i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 82(4), 221-233
DOI	10.1159/000348451

Si tratta del primo studio RCT con i dati preliminari di efficacia del programma DBT-PTSD, sviluppato da Martin Bohus e colleghi (*Behavioral Research and Therapy Clinics*; University of Washington, Seattle, Wash., USA).

Lo studio ha coinvolto 74 donne, con un'età media di circa 35 anni, tutte con una diagnosi di PTSD legata ad abusi sessuali avvenuti nell'infanzia o in adolescenza. Gli abusi erano avvenuti in età precoce, in media a 7.6 anni (range 2-17 anni), ed erano durati più di cinque anni per il 46% del campione.

Tra i criteri di inclusione, vi era la necessità di soddisfare almeno una delle seguenti condizioni: Disturbo del Comportamento Alimentare ($BMI \geq 16.5$), Disturbo Depressivo Maggiore, abuso di sostanze (la dipendenza, invece, costituiva un criterio di esclusione) e/o almeno quattro criteri DSM-IV del BPD. Nel campione selezionato, circa la metà soddisfaceva anche i criteri per la diagnosi di BPD (44.6%), e un numero ancora maggiore aveva in comorbilità il Disturbo Depressivo Maggiore (79.7%). Il 70% delle partecipanti aveva comportamenti autolesivi non suicidari.

Le pazienti sono state assegnate in modo randomizzato al programma DBT-PTSD in regime residenziale, oppure a una lista d'attesa in un *treatment as usual*.

Il programma **DBT-PTSD** ($n = 36$) è stato erogato in regime residenziale, per una durata complessiva di 12 settimane; si componeva di tre fasi, rispettivamente di 4, 6 e 2 settimane. Il trattamento ha previsto due sedute individuali a settimana di 45 minuti l'una, erogate da terapeuti formati in DBT e supervisionati (23 sedute totali); inoltre, le pazienti partecipavano a incontri settimanali in gruppo:

- una sessione di skills training (90 minuti, 11 sessioni totali);
- una sessione sull'autostima (60 minuti, 8 sessioni totali);
- tre sessioni di mindfulness (25 minuti, 35 sessioni totali);
- psicoeducazione sul PTSD (60 minuti, 11 sessioni totali);
- interventi di musicoterapia e di arteterapia (90 minuti).

Nella condizione *treatment as usual* ($n = 38$), invece, le pazienti ricevevano trattamenti generici in gruppo, che non potevano comprendere DBT-PTSD; inoltre, potevano fare richiesta di colloqui individuali di supporto.

I metodi sono stati accurati. Gli indici di esito relativi al PTSD sono stati rilevati con un'intervista clinica, la *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake *et al.*, 2000), e con un questionario autosomministrato, la *Post-traumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS; Griesel, Wessa, & Flor, 2006). Sono stati misurati anche il funzionamento generale, la sintomatologia BPD e i principali sintomi psichiatrici. Le rilevazioni cliniche sono state condotte in cieco all'inizio del programma, alla fine, e in due follow-up a 6 e a 12 settimane.

Le analisi sono state condotte utilizzando i modelli lineari gerarchici.

Le interruzioni precoci dei trattamenti sono state poche: due pazienti nel gruppo DBT-PTSD prima della fase 2, e tre pazienti nel gruppo di controllo. Le analisi non hanno rilevato differenze significative tra i soggetti che hanno completato il trattamento e il campione *intent-to-treat*.

I risultati hanno mostrato cambiamenti consistenti nel gruppo trattato con DBT-PTSD rispetto al gruppo di controllo. Nello specifico, l'interazione gruppo*tempo è risultata significativa sia rispetto alla CAPS ($\beta = -1.138$, $SD = 0.195$, $p < 0.001$), sia rispetto alla PDS ($\beta = -0.021$, $SD = 0.006$, $p < 0.001$); inoltre, si è osservato un miglioramento rilevante nel livello di funzionamento globale nel gruppo DBT-PTSD ($\beta = 0.503$, $SD = 0.094$, $p < 0.001$).

Non sono risultati associati all'*outcome* né il numero di criteri né il numero dei sintomi del BPD (rispettivamente, $p = 0.92$ e 0.44). Non si è rilevato durante il trattamento DBT-PTSD un aumento significativo dei comportamenti disfunzionali associati al PTSD, né alcun tentativo suicidario.

In conclusione, gli Autori hanno considerato DBT-PTSD un trattamento promettente per pazienti con PTSD dovuto ad abusi sessuali infantili, e la sua efficacia non sembra essere inficiata dall'eventuale presenza di una codiagnosi di BPD. D'altra parte, gli Autori hanno espresso cautela poiché lo studio è stato condotto in un setting residenziale, all'interno di un programma ricco e serrato: tali condizioni potrebbero avere amplificato l'efficacia di DBT-PTSD e potrebbero avere contenuto il rischio di comportamenti disfunzionali durante l'intervento.

Titolo	Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse. A Randomized Clinical Trial
Autore	Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K.
Anno	2020 (luglio)
Rivista	<i>JAMA Psychiatry</i> , 77(12), 1235-1245
DOI	10.1001/jamapsychiatry.2020.2148

Nel secondo studio RCT, Martin Bohus e colleghi hanno confrontato il loro programma DBT-PTSD con la *Cognitive Processing Therapy* (CPT; Resick, Monson, & Chard, 2016, 2024), un trattamento cognitivo che ha mostrato solide prove di efficacia sui sintomi del PTSD. La CPT segue un protocollo organizzato in sessioni; in estrema sintesi, l'obiettivo è modificare le credenze disfunzionali strutturate in seguito al trauma, agendo sulla componente cognitiva ed emotiva associata agli eventi traumatici.

Si è trattato di uno studio prospettico multicentrico, che ha coinvolto tre cliniche universitarie tedesche (a Mannheim, a Francoforte e a Berlino) per una durata di 15 mesi.

I trattamenti sono stati erogati in regime ambulatoriale. Per renderli uniformi, a tutti i pazienti sono state offerte sedute di terapia individuali, esercizi a casa e consultazione telefonica in caso di necessità. Entrambe i gruppi hanno ricevuto il medesimo numero di sessioni (45 individuali) nell'arco di un anno, e tre sessioni aggiuntive nei successivi tre mesi. I partecipanti erano esclusi dal trattamento in caso di sei assenze consecutive o di ospedalizzazioni pari o superiori a due settimane.

I terapeuti dei due gruppi non differivano tra loro per età, anni di esperienza, né per altre variabili clinicamente rilevanti; l'aderenza, supervisionata e valutata da clinici esperti, è risultata soddisfacente in pari misura nei due gruppi (per tutti i confronti, $ps = n.s.$).

I soggetti dello studio sono stati reclutati tra gennaio e ottobre 2016. Erano tutte donne con diagnosi di PTSD per abusi sessuali infantili e almeno tre criteri DSM-5 del BPD.

Il campione era composto da 193 donne (per DBT-PTSD, $n = 98$; per CPT, $n = 95$), con un'età media di 36.3 anni ($SD = 11.1$). L'età media del primo abuso subito era 7.7 anni ($SD = 4.2$ anni), la durata media degli abusi era pari a 6.9 anni ($SD = 6$). Il 57.5% del campione aveva compiuto almeno un tentativo di suicidio; circa la metà ($n = 93$, 48.2%) aveva una codiagnosi di BPD ed il numero medio di criteri era pari a 4.80 ($SD = 1.64$).

Le pazienti sono state assegnate in modo randomizzato alla DBT-PTSD o alla CPT.

La misura principale di esito è stata un'intervista clinica, la versione tedesca della *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5; Müller-Engelmann *et al.*, 2018), affiancata da un

questionario autosomministrato, la *PTSD Checklist for DSM-5* (Weathers *et al.*, 2013). Inoltre, sono stati misurati la sintomatologia del BPD, i sintomi depressivi e il funzionamento generale.

L'assessment clinico è stato condotto in cieco. Le rilevazioni sono state condotte a cadenza regolare all'inizio del trattamento, a 3, 6, 9 e 12 mesi, e un follow-up a 15 mesi. Le analisi sono state svolte utilizzando i *Mixed Linear Models*.

Sessantadue partecipanti si sono ritirati durante lo studio (il 32.1% del totale), con un numero di drop out significativamente maggiore nel gruppo CPT rispetto al gruppo DBT-PTSD (37 [39.0%] vs 25 [25.5%], $p = .046$). Per 10 soggetti, il motivo è stata un'ospedalizzazione pari o superiore alle due settimane.

I risultati hanno mostrato miglioramenti significativi nei punteggi CAPS-5 in entrambe i gruppi (*effect size* per DBT-PTSD, $d = 1.35$; per CPT, $d = 0.98$). Tuttavia, è stato rilevato un miglioramento lievemente più consistente per il gruppo DBT-PTSD (differenza tra i gruppi = 4.82 [95% CI, 0.67-8.96]; $p = .02$; $d = 0.33$): l'interazione tra il fattore gruppo e il fattore tempo è risultata marginalmente significativa ($\beta = 0.93$, $SE = 0.46$, $p = 0.047$).

L'osservazione dei punteggi nel tempo ha permesso di rilevare un aumento progressivo dello scarto tra i due gruppi, con una riduzione progressivamente maggiore dei sintomi PTSD nel gruppo DBT-PTSD rispetto al gruppo CPT. Il dato è confortato dalle valutazioni categoriali: nel gruppo DBT-PTSD, infatti, si è riscontrata una percentuale più alta di partecipanti in remissione (58.4% vs 40.7%, $p = .02$), con un miglioramento stabile (74.5% vs 55.8%, $p = .006$) e una solida *recovery* (57.1% vs 38.6%, $p = .01$).

Per quanto concerne gli indici secondari di *outcome*, la *PTSD Checklist for DSM-5* ha mostrato un'interazione significativa gruppo*tempo a vantaggio della DBT-PTSD ($\beta = 1.86$, $SE = 0.57$, $p = 0.001$). Un risultato analogo è stato ottenuto con la *Borderline Symptom List -23* ($\beta = 0.08$, $SE = 0.03$, $p = 0.003$). Per la sintomatologia depressiva e il funzionamento generale è stato rilevato un effetto principale del fattore tempo solo nel gruppo DBT-PTSD (per entrambi, $ps < .001$).

In conclusione, nell'opinione degli Autori, i risultati hanno supportato l'efficacia della DBT-PTSD e della CPT nel trattamento di pazienti donne con CPTSD dovuto ad abusi infantili; in particolare, la DBT-PTSD sembra essere promettente per trattare con buon successo la disregolazione emotiva in pazienti con storie traumatiche.

3. Prove di efficacia di DBT nel trattamento del PTSD: una metanalisi

Titolo	A systematic review and meta-analysis on the efficacy of Dialectical Behavior Therapy variants for the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder
Autori	Prillinger, K., Goreis, A., Macura, S., Hajek Gross, C., Lozar, A., Fanninger, S., Mayer, A., Oppenauer, C., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D.
Anno	2024 (ottobre)
Rivista	<i>European Journal Of Psychotraumatology</i> , 15(1), 2406662
DOI	10.1080/20008066.2024.2406662

Gli Autori hanno condotto la prima metanalisi sull'efficacia dei due trattamenti DBT rivolti al PTSD, la DPT PE e la DBT-PTSD: infatti, entrambe i trattamenti hanno mostrato di essere efficaci e promettenti, ma finora l'*effect size* del cambiamento non era stato comparato.

Sono stati esaminati tutti gli studi sulla DBT per il PTSD pubblicati prima di settembre 2023 su SCOPUS, PubMed e i database della Cochrane Library. Sono stati selezionati tredici articoli, includendo studi RCT, trail clinici controllati e valutazioni *pre* e *post* trattamento. Sono stati considerati *outcome* primari i sintomi del PTSD; invece, sono stati considerati *outcome* secondari i sintomi del BPD, i sintomi depressivi e dissociativi, e i comportamenti autolesivi non suicidari.

Nel complesso, gli studi hanno esaminato 633 partecipanti, tutti con diagnosi di PTSD, così suddivisi:

- 403 partecipanti trattati con DBT-PTSD ($n = 327$, tutti in Germania o in Austria) o con DBT PE ($n = 76$, tutti negli Stati Uniti);
- 260 partecipanti inseriti in gruppi di controllo (5 studi):
 - o DBT standard: $n = 28$ (Harned et al., 2014, 2021);
 - o *Treatment As Usual* (TAU): $n = 135$ (Bohus et al., 2013; Oppenauer et al., 2023);
 - o *Cognitive Processing Therapy* (CPT): $n = 97$ (Bohus et al., 2020).

La **Tabella 2** riepiloga gli studi inseriti nella metanalisi.

La quota di pazienti *completers*² era pari al 71% per i trattamenti DBT, per un totale di 287 soggetti ($n = 241$ per DBT-PTSD, $n = 46$ per DBT PE). Nelle condizioni di controllo, la quota di *completers* era pari al 64%, per un totale di 166 soggetti ($n = 19$ per DBT standard, $n = 89$ per TAU, $n = 58$ per CPT).

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

Tabella 2. Riepilogo degli studi inseriti nella metanalisi.

Study	Intervention	Design	Index Trauma	Mean Age Index Trauma	Treatment Duration (months)	Control Group	Mean Age	% Female	N DBT		N Control		Assessments	Setting	Age range	Country
									Enrolled	Completed	Enrolled	Completed				
Bohus et al. (2013)	DBT-PTSD	RCT	Childhood sexual abuse	7.6	3	TAU	36	100	36	29	38	29	CAPS, BSL, BDI-II, DES	Inpatient	-	GER
Bohus et al. (2020)	DBT-PTSD	RCT	Childhood abuse	7.7	15	CPT	36.3	100	103	73	97	58	CAPS, BSL, BDI-II	Outpatient	-	GER
Cornelisse et al. (2021)	DBT-PTSD	Pre-Post	Childhood abuse	11.9	3	-	20.5	97.4	39	34	-	-	DTS, BSL, BDI-II	Partial hospitalisation	17-25	GER
Görg et al. (2019)	DBT-PTSD	Pre-Post	Childhood abuse	-	3	-	42.2	90.5	60	42	-	-	DTS	Inpatient	23-60	GER
Oppenauer et al. (2023)	DBT-PTSD	CCT	Childhood trauma	-	3	TAU	43	81.1	39	20	97	60	PCL, MSI-BPD, PHQ-9, DES, PDS, BDI-II	Inpatient	-	AUT
Steil et al. (2011)	DBT-PTSD	Pre-Post	Childhood sexual abuse	-	3	-	35.4	100	29	29	-	-	Inpatient	20-51	GER	
Steil et al. (2018)	DBT-PTSD	Pre-Post	Childhood sexual abuse	11.9	6.6	-	34.1	100	21	14	-	-	Outpatient	19-50	GER	
Kruger et al. (2014)	DBT-PTSD	RCT	Childhood sexual abuse	7.5	3	-	35.8	100	36	34	-	-	Inpatient	17-65	GER	
Harned et al. (2012)	DBT PE	Pre-Post	Primarily sexual abuse/physical abuse in childhood	5.2	12	-	39.4	100	10	7	-	-	Outpatient	18-60	USA	
Harned et al. (2014)	DBT PE	RCT	Primarily sexual abuse/physical abuse in childhood	6.2	12	DBT (regular)	32.6	100	17	6	9	5	PSS-I, HRSD, DES, SASII	Outpatient	19-55	USA
Harned et al. (2021)	DBT PE	CCT	Primarily unwanted sexual contact	-	17.2	DBT (regular)	29.9	80	16	11	19	14	PSS-I, DES, SASII	Outpatient/Inpatient	12-56	USA
Meyers et al. (2017)	DBT PE	Pre-Post	Veteran trauma	-	3	-	43.2	48.5	33	22	-	-	Outpatient	23-58	USA	
Harned et al. (2018) ²	DBT PE	Post	Primarily sexual abuse/physical abuse in childhood	-	12	DBT (regular)	35.0	100	30	18	8	8	BSL	Outpatient	19-57	USA

Note. BDI = Beck-Depressive Inventory, BSL = Borderline Symptoms List, CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale, CPT = Cognitive Processing Therapy, DES = Dissociative Experiences Scale, DTS = Davidson Trauma Scale, HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression, MSI-BPD = MacLean Screening Instrument for BPD, PCL-C = PTSD Checklist-Civilian Version, PDS = Post-traumatic Diagnostic Scale, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, PSS-I = PTSD Symptom Scale - Interview, SASII = Suicide Attempt Self-Injury Interview, ²secondary analysis of NSSI data from Bohus et al., 2013; ³secondary analysis of BPD data from Harned et al., 2012 and Harned et al., 2014.

I risultati hanno mostrato un effetto moderato di riduzione della sintomatologia del PTSD per i trattamenti DBT, comparati con i gruppi di controllo ($g = -0.69$; 95% CI, $-1.03 - -0.34$, $p < .001$). Nello specifico, per DBT- PTSD l'*effect size* era $g = -0.67$ (95% CI, $-1.13 - -0.22$), mentre per DBT PE l'*effect size* era $g = -0.80$ (95% CI, $-1.48 - -0.12$). Anche i cambiamenti entro soggetto si sono rivelati molto solidi: confrontando i punteggi *pre* e *post* trattamento, la gravità della sintomatologia del PTSD si è ridotta in media di $g = -1.30$ (95% CI, $-1.53 - -1.08$, $p < .001$); nello specifico, per DBT-PTSD, $g = -1.23$ (95% CI, $-1.47 - -1.00$) e per DBT PE, $g = -1.84$ (95% CI, $-2.51 - -1.17$).

Per quanto concerne gli *outcome* secondari (riepilogati in **Tabella 3**), discretamente soddisfacenti sono stati i cambiamenti osservati sui sintomi depressivi confrontando i trattamenti DBT specifici per il PTSD e le condizioni di controllo ($g = -0.62$; 95% CI, $-1.13 - -0.12$, $p = .016$).

I punteggi *pre* e *post* trattamento hanno mostrato buoni *effect size* per i sintomi dissociativi ($g = -0.72$; 95% CI, $-1.05 - -0.40$, $p < .001$), significativamente ridotti in entrambe i trattamenti; gli *effect size* erano solidi in media anche per i sintomi del BPD ($g = -0.82$; 95% CI $-1.06 - -0.59$, $p < .001$) e per la frequenza degli agiti autolesivi ($g = -0.70$; 95% CI $-1.12 - -0.28$, $p = .001$). In particolare, si è osservata una riduzione significativa dei sintomi depressivi per la DBT-PTSD ($g = -1.00$; 95% CI, $-1.24 - -0.76$, $p < .001$) e dell'autolesività non suicidaria per la DBT PE ($g = -0.89$; 95% CI, $-1.55 - -0.23$, $p = .008$).

Tabella 3. Effetti *post* trattamento sugli indici di esito secondari.

Outcome	<i>k</i>	<i>n</i>	Hedge's <i>g</i>	95% CI	<i>p</i>
RCTs/CCTs at treatment completion					
Depressive Symptoms	4	280	-0.62*	-1.13 to -0.12	.016
DBT-PTSD	3	269	-0.57	-1.15-0.01	.052
DBT PE	1	11	-1.03	-2.29-0.23	.101
Dissociative Symptoms	4	174	-0.17	-0.49-0.15	.303
DBT-PTSD	2	138	-0.10	-0.46-0.26	.577
DBT PE	2	36	-0.38	-1.05-0.28	.258
Non-Suicidal Self-Injury	-	-	-	-	-
DBT-PTSD	-	-	-	-	-
DBT PE	2	36	-0.91*	-1.60 to -0.22	.010
Pre-post reduction at treatment completion					
Depressive Symptoms	8	212	-1.02*	-1.25 to -0.78	<.001
DBT-PTSD	6	199	-1.00*	-1.24 to -0.76	<.001
DBT PE	2	13	-1.58*	-3.03 to -0.13	.033
Dissociative Symptoms	6	87	-0.72*	-1.05 to -0.39	<.001
DBT-PTSD	3	63	-0.62*	-1.00 to -0.25	.001
DBT PE	3	24	-1.05*	-1.73 to -0.37	.003
Non-Suicidal Self-Injury	4	53	-0.70*	-1.12 to -0.28	.001
DBT-PTSD	1	29	-0.57*	-1.12 to -0.02	.041
DBT PE	3	24	-0.89*	-1.55 to -0.23	.008

Hedge's *g* indicates change from pre- to post-intervention such that a negative effect size indicates a reduction in that outcome following the intervention. * indicates statistically significant effect sizes ($p < .05$).

Gli Autori hanno esaminato anche il rischio di bias (Viswanathan *et al.*, 2018) negli articoli selezionati. È emerso che 10 studi (91%) avevano un rischio medio moderato e che i rimanenti (9%) avevano un rischio elevato. In particolare, per quanto riguarda gli studi RCT:

- lo studio di Bohus e collaboratori (2013) su DBT-PTSD ha un rischio elevato di sovrastimare la grandezza degli effetti;
- lo studio di Bohus e collaboratori (2020) su DBT-PTSD ha un rischio elevato di bias di selezione dei soggetti;
- lo studio di Harned e collaboratori (2014) su DBT PE ha una numerosità campionaria troppo contenuta per garantire la validità degli effetti.

Queste stesse criticità (i bias di selezione, bias nelle analisi statistiche e la sovrastima degli effetti) sono le più presenti negli studi considerati, e costituiscono un ostacolo per la solidità e la generalizzazione dei risultati.

Nella discussione, gli Autori hanno osservato come gli *effect size* rilevati sui sintomi PTSD, per quanto soddisfacenti *prima facie*, ad una lettura più attenta si dimostrino più bassi di quanto si riscontra nei trattamenti focalizzati sul trauma. Per motivare tale discrepanza, hanno ipotizzato che la tipologia grave e complessa dei pazienti trattati con DBT limitasse l'entità dei cambiamenti rilevabili nel corso di un trattamento.

In conclusione, basandosi sui risultati della metanalisi, DBT PE e DBT-PTSD sembrano essere entrambi adeguatamente efficaci nel trattamento del PTSD e della sintomatologia associata. Le differenze tra i due trattamenti sono legate ad aspetti molto specifici: DBT PE sembra agire in modo più mirato sull'autolesività non suicidaria, mentre DBT-PTSD sembra essere più efficace nella riduzione dei sintomi depressivi.

Tuttavia, sono necessari studi più estesi e più solidi per confermare quanto rilevato finora; soprattutto, si ritiene importante approfondire l'efficacia dei due trattamenti su aspetti mirati, quali la sintomatologia del BPD, l'autolesività e il rischio suicidario.

4. Conclusioni

Sin dalle sue origini, DBT standard si è impegnata nel trattamento di persone con difficoltà nella regolazione emotiva e con gravi comportamenti disfunzionali; spesso si tratta di pazienti cosiddetti “multiproblematici”, con codiagnosi psichiatriche: fra queste, i sintomi del Disturbo Post-Traumatico da Stress sono sovente presenti.

I pazienti con codiagnosi BPD e PTSD hanno un quadro clinico più complesso rispetto ai soggetti con una sola diagnosi: infatti, 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.

Per rispondere alle esigenze specifiche richieste dal trattamento di questa categoria di pazienti, sono stati messi a punto due programmi dedicati, la DBT PE e la DBT-PTSD. Entrambe i programmi hanno procedure e strategie specifiche per affrontare le sintomatologie post traumatiche. Ad oggi, i risultati di efficacia della DBT PE e della DBT-PTSD sono da considerarsi preliminari e promettenti.

Accanto al progredire della ricerca, la formazione dei clinici può avvalersi di **training dedicati**.

Informazioni sui corsi erogati da SIDBT-ETS sono disponibili a questo indirizzo internet:

<https://www.sidbt.it/dbt/seminari-con-relatori-internazionali/>