

# Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): modello di intervento, adattamento clinico e dati preliminari di efficacia in un campione di pazienti ricoverati con diagnosi di disturbo dell'umore e disturbo di personalità

*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): theoretical model, clinical application, and preliminary efficacy data in a sample of inpatients with personality disorders in comorbidity with mood disorders*

S. Boccalon<sup>1</sup>, R. Alesiani<sup>1</sup>, L. Giarolli<sup>1</sup>, L. Franchini<sup>2</sup>, C. Colombo<sup>2</sup>, N. Blum<sup>3</sup>, A. Fossati<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, e Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, San Raffaele Turro, Istituto Scientifico "San Raffaele", Milano; <sup>2</sup> Università Vita-Salute San Raffaele, Milano e Unità Operativa di Riabilitazione dei Disturbi dell'Umore, San Raffaele Turro, Istituto Scientifico "San Raffaele", Milano; <sup>3</sup> Department of Psychiatry, University of Iowa College of Medicine and University of Iowa Health Care, Iowa City, IA

## Summary

### Objective

Despite the common opinion about the difficulty of treating patients with personality disorders, significant research data support the efficacy of different techniques of treatment, both cognitive-behavioural and dynamic. The aim of our preliminary study is to analyze the effectiveness of the model of STEPPS group therapy (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) in a sample of inpatients with personality disorders comorbid with mood disorders, using a longitudinal design with a 6-month follow-up.

### Methods

Our sample included 20 inpatients with BPD or prominent BPD features comorbid with mood disorders, as assessed with the SCID-II. Outcome measures were the number of self-destructive behaviours and hospitalizations during the STEPPS treatment and 6 months after the end of therapy. All patients completed a self-report questionnaire (Filter Questionnaire) to identify distorted thoughts before starting therapy, at the end of treatment and 6 months later. During treatment, patients were asked to fill-out a daily diary (EIC) to assess their emotional reactions. Our aims were to monitor emotional intensity over time and to identify their key triggers and how to manage emotional crises.

### Results

Nine of the 20 subjects (45%) included in the sample completed STEPPS: drop-out rate was 55%. There were no significant

differences in number of hospitalizations and self-destructive behaviours between subjects who completed the program and subjects who dropped-out. The presence of more Histrionic ( $U = 23.5$ ,  $p < .01$ ) and Passive-Aggressive ( $U = 32.5$ ,  $p < .05$ ) traits was the only significant difference between the two groups. Patients who completed the program showed a significant and progressive decrease in the number of self-destructive behaviours ( $\chi^2 = 11.47$ ,  $p < 0.01$ ) and hospitalizations ( $\chi^2 = 16.85$ ,  $p < 0.001$ ).

Friedman test showed a significant decrease of "Distrust" over time ( $\chi^2 = 7.68$ ,  $p < 0.05$ ) and a significant decrease of EIC scores over time ( $\chi^2 = 58.71$ ,  $p < .005$ ).

### Conclusions

Despite the small sample and the lack of a control group, our preliminary results could suggest that STEPPS is effective in reducing the number of self-destructive behaviours and hospitalizations and that these results may be stable also at follow-up. The score reduction on "Distrust" at the 6-month follow-up may indicate that STEPPS decreases pessimistic expectations about self and others and that it mobilizes resources and skills that patients are able to rely on even after the end of the group treatment. The trend of EIC shows that also the perceived emotional intensity in relation to distressing events decreases over time.

### Key words

STEPPS • Personality disorders • BPD • Mood disorders • Treatment efficacy • Cognitive-behavioural therapy • Group therapy

## Introduzione

Malgrado la variabilità delle stime epidemiologiche, dovuta ad un'ampia gamma di fattori metodologici, cam-

pionari e di assessment<sup>1</sup>, i disturbi di personalità (DP) rappresentano entità cliniche frequentemente presenti nelle popolazioni psichiatriche, anche se spesso sotto-diagnosticate<sup>2</sup>. Per esempio, Zimmerman et al.<sup>3</sup> hanno

### Correspondence

Andrea Fossati, Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, San Raffaele Turro, via Stamira d'Ancona 20, 20127 Milano, Italia • Tel. +39 02 26433241 • Fax +39 02 26433408 • E-mail: fossati.andrea@hsr.it

indicato una prevalenza di almeno una diagnosi di DP secondo i criteri del DSM-IV nel 45,5% di un campione di 859 pazienti psichiatrici ambulatoriali; quando la presenza di almeno una diagnosi di DP è stata stratificata per le diagnosi di Asse I, le stime di prevalenza sono risultate comprese tra 51,3% (depressione maggiore) e 76,2% (fobia sociale). Skodol et al.<sup>4</sup> hanno riportato, su un campione di 240 pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità, un tasso di comorbidità con un disturbo dell'umore pari al 39,2%. In particolare, il 31,3% presentava una diagnosi di disturbo depressivo maggiore, il 16% di distimia, il 9,2% di disturbo bipolare tipo I, e il 4,1% di disturbo bipolare tipo II.

Diversi studi hanno suggerito l'importanza di diagnosticare i DP nelle popolazioni psichiatriche in quanto la co-occorrenza di un DP in pazienti con un disturbo (non psicotico) di Asse I influenza la durata, la ricorrenza e l'esito del disturbo psichiatrico, in particolare della depressione<sup>5-7</sup>.

Uno degli elementi che ha senz'altro influito negativamente sulla valutazione dei DP nei pazienti psichiatrici non psicotici è stato il notevole pessimismo che per anni ha circondato l'effettiva curabilità dei DP<sup>8</sup>. A fronte di un'opinione diffusa circa le difficoltà di trattamento di questi pazienti, dati di ricerca consistenti, sintetizzati da studi meta-analitici, hanno supportato l'efficacia di diverse tecniche di trattamento, sia di natura cognitivo-comportamentale, sia di natura dinamica<sup>9-10</sup>.

Malgrado la disputa relativa ai criteri di outcome e il fatto che dati consistenti siano disponibili solo per il DP borderline, le evidenze di ricerca inducono a considerare che alcuni interventi psicoterapeutici siano utili per specifiche problematiche cliniche<sup>11</sup>; inoltre, gli studi di follow-up mostrano che i risultati delle psicoterapie sono stabili nel tempo<sup>11</sup>. Tuttavia, nessuna delle attuali forme di trattamento *evidence-based* per il DP borderline ha portato alla completa remissione del quadro clinico<sup>11</sup>.

In una revisione critica della letteratura sull'efficacia degli interventi psicoterapeutici specifici per il DP borderline, Zanarini<sup>12</sup> indica come quattro modalità manualizzate di trattamento psicoterapeutico – nello specifico, *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP)<sup>13</sup>, *Mentalization-Based Treatment* (MBT)<sup>14</sup>, *Dialectical Behavior Therapy* (DBT)<sup>15</sup> e *Schema-Focused Therapy* (SFT)<sup>16</sup> – si siano mostrate efficaci nel ridurre la sintomatologia.

DBT sembra essere il trattamento che allo stato attuale vanta maggiori prove di efficacia<sup>17-22</sup>, mentre MBT sembra quello che ha ottenuto i risultati migliori: i pazienti di Bateman e Fonagy migliorano in un maggior numero di aree sintomatiche e presentano il miglior andamento al follow-up<sup>23-27</sup>. Diversi studi, tuttavia, sembrano suggerire che ciascun approccio agisca prevalentemente su un particolare aspetto del disturbo. In particolare DBT<sup>18-21</sup> sembra essere maggiormente efficace sugli

aspetti comportamentali della sintomatologia, TFP<sup>28-31</sup> su aspetti che mediano il cambiamento sintomatologico, quali l'identità, le relazioni e il funzionamento riflessivo.

Allo stato attuale delle conoscenze sui DP, non vi sono evidenze della superiorità dell'efficacia di una specifica tecnica di psicoterapia rispetto a un'altra; però vi sono evidenze di significative differenze nei rapporti costi-efficacia<sup>32-33</sup>.

Zanarini<sup>12</sup> sottolinea che tutte queste forme di intervento sono altamente specialistiche, intensive e di durata relativamente lunga, oltre a richiedere un addestramento specifico dei terapeuti: questi elementi possono impedire non solo a molti psicoterapeuti privati, ma anche a grandi strutture sanitarie di fornire trattamenti così costosi e complessi.

Tali considerazioni hanno portato a valutare la necessità di sviluppare anche modalità di cura per i DP meno intensive e meno costose.

Nel tentativo di rispondere a queste esigenze, Blum et al.<sup>34</sup> hanno sviluppato il *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), un modello di intervento psicoeducazionale a tempo definito, pensato per pazienti con DP borderline e gravi difficoltà nella regolazione delle emozioni. L'approccio è di tipo cognitivo-comportamentale e il focus è il training di abilità di regolazione emotiva e comportamentale. STEPPS condivide con la *Dialectical Behavior Therapy*<sup>15</sup> l'assunto centrale per cui il nucleo disfunzionale del DP borderline risiede nella disregolazione emotiva, anche se è stato pensato per essere un "valore aggiunto" a vari interventi di trattamento, che va a potenziare, piuttosto che sostituire, il lavoro di rete offerto da chi cura tale patologia.

Diversi studi empirici hanno documentato l'efficacia di STEPPS, in particolare nel ridurre vari aspetti della psicopatologia del DP borderline e dell'emozionalità negativa<sup>35-40</sup>. Recentemente, Blum et al.<sup>39</sup> hanno dimostrato come i risultati di STEPPS fossero stabili ad un anno di follow-up, almeno in pazienti che avevano ricevuto anche un trattamento psicoterapeutico. Una notevole efficacia di STEPPS è stata osservata anche nello studio randomizzato di Bos et al.<sup>41-42</sup> sulla versione olandese del programma.

Un elemento che rende potenzialmente ancora più interessante STEPPS è il fatto che la disregolazione emotiva, anche se rappresenta un elemento centrale della psicopatologia del DP borderline, presenta relazioni significative con un'ampia gamma di manifestazioni patologiche o disfunzionali<sup>43-44</sup>, potenzialmente gestibili integrando i trattamenti standard con STEPPS.

A partire da queste considerazioni, abbiamo deciso di valutare l'efficacia di STEPPS in un campione di soggetti con diagnosi di disturbo dell'umore che avessero almeno una co-diagnosi di DP borderline o prominenti tratti bor-

derline (indipendentemente da altre co-diagnosi di Asse II), utilizzando un disegno longitudinale di follow-up. Trattandosi di uno studio preliminare, i soggetti non sono stati randomizzati e non è stato utilizzato un trattamento di controllo. Nel presente lavoro vengono presentati i dati relativi al confronto tra i dati pre-trattamento, quelli ottenuti nel corso dei 6-8 mesi di intervento STEPPS e quelli ottenuti al primo follow-up a 6 mesi dalla fine del trattamento.

## Materiali e metodi

### Soggetti

Il campione è stato reclutato tra la popolazione ricoverata di pazienti afferenti al Centro per i Disturbi dell'Umore del Dipartimento di Neuroscienze Cliniche dell'Ospedale San Raffaele-Turro di Milano tra marzo 2009 e marzo 2010.

I criteri di inclusione prevedevano:

- 1) diagnosi di disturbo dell'umore, sia bipolare che unipolare, sulla base del giudizio di clinici esperti in accordo con i criteri del DSM-IV-TR, in terapia stabilizzante da almeno 2 anni;
- 2) diagnosi di DP di tipo borderline o di cluster B in presenza di tratti borderline secondo i criteri del DSM-IV-TR, con storia clinica di atti anticonservativi – tentati/mancati suicidi e/o autolesività – nonché evidenze cliniche di disfunzionalità nelle modalità di regolazione del comportamento, della regolazione affettiva, nelle relazioni interpersonali e nella cognitività, anche durante la normotimia clinica;
- 3) una storia pregressa di 2 o più tentativi falliti di trattamenti psicoterapeutici;
- 4) QI superiore a 75 o un livello di istruzione almeno medio inferiore;
- 5) consenso informato alla partecipazione al programma STEPPS e all'utilizzo delle informazioni cliniche a scopo di ricerca.

### Programma STEPPS

STEPPS è un intervento manualizzato in gruppo, a tempo definito, che consiste in un ciclo di 20 incontri a cadenza settimanale, della durata di 2 ore ciascuno. Sono previsti 2 facilitatori, mentre i membri del gruppo possono variare da 6 a 10. Il format è strutturato e le sedute, piuttosto che seguire il modello della psicoterapia di gruppo tradizionale, hanno l'aspetto di un seminario. L'approccio di base è di tipo cognitivo-comportamentale ed il focus è il training di abilità, finalizzato all'acquisizione di una serie di strategie utili nella gestione di problematiche emotive e comportamentali<sup>34</sup>. Lo scopo è fornire degli strumenti utili a gestire le periodiche crisi emotive in modo più adeguato, anticipare le situazioni stressanti e sviluppare fiducia nella propria capacità di affrontare il DP.

Il modello STEPPS si compone di 3 fasi principali: a) consapevolezza di malattia; b) training di abilità di gestione delle emozioni; c) training di abilità di gestione del comportamento. Scopo del primo modulo è la sostituzione delle concezioni errate relative al DP con una nuova consapevolezza dei comportamenti e dei sentimenti che lo caratterizzano. In questa fase della terapia ai pazienti viene anche illustrato il concetto di filtro cognitivo, ossia un pattern di pensieri e credenze negativi e/o distorti su se stessi e sul mondo, che spesso scatenano emozioni intense e comportamenti distruttivi<sup>16</sup>.

Nella seconda sezione si forniscono ai pazienti gli strumenti per ricontestualizzare gli stati emotivi negativi (stati acuti di ansia, rabbia, sconforto, ecc.) alla luce delle difficoltà ascrivibili alla natura del disturbo o ai filtri disfunzionali sottostanti, attraverso l'acquisizione di 5 abilità di base che permettono di gestire gli effetti emotivi e cognitivi del disturbo: distanziare, comunicare, sfidare (cercare un punto di vista alternativo alle proprie distorsioni cognitive), distrarsi e gestire i problemi.

Infine, la terza fase del programma riguarda il training di abilità nella gestione del comportamento, attraverso il quale si insegna ai pazienti a monitorare otto aree critiche relative ad abilità comportamentali e allo stile di vita: definizione degli obiettivi, alimentazione, sonno e suoi ritmi, attività fisica, salute fisica, tempo libero, evitare comportamenti d'abuso (ossia, autodistruttivi e/o autoinvalidanti) e relazioni interpersonali.

Come si può evincere da ciò che è stato descritto finora, STEPPS è basato su un approccio strutturato al problem-solving emotivo. Per questo, STEPPS prevede una valutazione sistematica dell'andamento delle manifestazioni emotive attraverso due misure autosomministrate specifiche: il Borderline Evaluation of Severity Over Time<sup>34 45</sup> (BEST) e il Continuum dell'Intensità Emotiva<sup>34</sup> (EIC).

Nell'adattamento italiano di STEPPS, per permettere l'applicazione del programma su pazienti con diagnosi di disturbo dell'umore e co-diagnosi di DP borderline o prominenti tratti borderline, sono state introdotte delle modifiche rispetto al modello originario: 1) inizio del programma terapeutico focalizzato sulla consapevolezza di malattia durante il ricovero, al termine della fase di acuzie sintomatologica; 2) incontri bisettimanali della durata di 45 minuti ciascuno; 3) gruppi aperti; 4) durata complessiva del trattamento di circa 6-8 mesi.

### Strumenti di valutazione

Nella fase di assessment a tutti i pazienti partecipanti allo studio è stata somministrata la versione italiana della *Structured Clinical Interview for Axis II DSM-IV Personality Disorders, Version 2.0* (SCID-II)<sup>46</sup> da valutatori esperti che non conoscevano anticipatamente né lo scopo dello studio, né il quadro personologico dei soggetti. La valu-

tazione di Asse II è stata effettuata durante la degenza in reparto, quando i sintomi acuti depressivi o maniacali erano considerati in fase di remissione in base al giudizio clinico dei curanti.

- *SCID-II*<sup>46</sup>. SCID-II è un'intervista di 140 item costruita per consentire sia una valutazione categoriale, sia una valutazione dimensionale (ossia, numero di caratteristiche) dei DP previsti dal DSM-IV. L'*inter-rater reliability* della versione italiana di SCID-II è stata dimostrata in uno studio precedente basato su un campione di 231 pazienti consecutivamente ammessi; sia le diagnosi dimensionali ( $r$  intraclasse medio = ,94), sia le diagnosi categoriali ( $\kappa$  di Cohen medio = ,86) di DP generate da SCID-II hanno mostrato un'adeguata *inter-rater reliability*<sup>47</sup>. Nei 20 soggetti che hanno costituito il campione iniziale STEPPS, l'*inter-rater reliability* delle valutazioni SCID-II, valutata attraverso il metodo delle *pairwise interview*, è risultata adeguata con valori di  $r$  intraclasse compresi tra ,59 (DP Schizotipico) e ,97 (DP Dipendente).

Ai pazienti partecipanti al programma veniva richiesto di compilare un diario quotidiano per la misurazione dell'intensità emotiva percepita (EIC) e un questionario, all'inizio ed alla fine del programma e al termine del follow-up a 6 mesi, per la rilevazione della presenza di distorsioni cognitive (Questionario sui Filtri).

- *Continuum dell'Intensità Emotiva* (EIC)<sup>34</sup>. EIC è una scala visiva analogica autosomministrata che misura la variazione del grado d'intensità emotiva su una scala da 1 (calmo/a) a 5 (fuori controllo). Ai pazienti viene richiesto di compilare quotidianamente EIC, un diario strutturato della valutazione dell'intensità delle reazioni emotive e delle strategie di regolazione messe in atto, finalizzato al monitoraggio dell'intensità emotiva nel tempo, che permette di identificare i principali fattori scatenanti delle crisi e le modalità di gestione che vengono messe in atto. Nel presente studio, per ogni paziente sono state calcolate medie settimanali a partire dai singoli punteggi quotidiani; quindi, è stato valutato l'andamento longitudinale di queste medie settimanali.
- *Questionario sui Filtri*<sup>34</sup>. Il Questionario sui Filtri è un autosomministrato di 60 item su scala Likert che restituisce una misura dei principali pensieri negativi e distorti relativamente a 9 dimensioni: deprivazione emotiva, abbandono, sfiducia, inadeguatezza/indesiderabilità sociale, fallimento nel perseguire obiettivi, vulnerabilità a subire danni o ad ammalarsi, sacrificio di sé, sottomissione, standard insormontabili e senso di diritto.

Sia SCID-II, sia i questionari e la manualistica STEPPS sono stati tradotti in italiano indipendentemente da un team di psicologi clinici che parlavano fluentemente la lingua inglese; sia per SCID-II sia per STEPPS le traduzioni

indipendenti sono state poi riunite in una traduzione di consenso. Quest'ultima è stata controllata da un traduttore di madre lingua inglese attraverso il metodo delle *back-translations*.

A tutti i partecipanti è stato spiegato che potevano ritirarsi dal programma STEPPS in ogni momento dello studio.

### Misure di outcome

Sono state considerate misure di outcome: 1) il numero di atti anticonservativi (tentati/mancati suicidi o atti autolesivi) e il numero di ricoveri non legati ad una ricorrenza del disturbo dell'umore che hanno avuto luogo durante l'intervento STEPPS e immediatamente dopo la sua conclusione (6 mesi); 2) la variazione dei punteggi al Questionario dei Filtri nelle tre valutazioni (basale, a fine trattamento e al follow-up di 6 mesi); 3) l'andamento dell'intensità emotiva misurato con EIC nel corso del programma STEPPS.

La natura preliminare dello studio e l'esiguità del campione hanno impedito l'utilizzo delle variabili BEST.

### Analisi statistiche

Sono stati utilizzati test non parametrici che non fanno assunti circa la distribuzione delle variabili nella popolazione<sup>48</sup>. Il coefficiente di correlazione tra ranghi di Spearman ( $\rho$ ) è stato utilizzato per valutare la correlazione tra due variabili continue. Il test U di Mann-Whitney è stato utilizzato per valutare la presenza di differenze tra due campioni indipendenti relativamente a una variabile dipendente continua. Il test di Friedman è stato utilizzato come analogo non parametrico dell'analisi della varianza per misure ripetute.

### Risultati

Il campione analizzato è costituito da 20 pazienti. La Tabella I riporta le variabili cliniche e demografiche del campione.

Il 45% dei soggetti del nostro campione (9/20) ha portato a termine il programma; la percentuale totale di drop-out è stata del 55% con un'uscita dal programma perlopiù precoce dopo i primi incontri. Non abbiamo riscontrato differenze significative per quanto riguarda la polarità della diagnosi di Asse I, le pregresse condotte autolesive o le pregresse ospedalizzazioni ed il tasso di drop-out. Ciò che caratterizza significativamente i pazienti che hanno portato a termine il trattamento è la presenza di un maggior numero di tratti dei DP Istrionico ( $U = 23,5$ ,  $p < ,01$ ) e Passivo-Aggressivo ( $U = 32,5$ ,  $p < ,05$ ).

La Tabella II descrive le caratteristiche cliniche del sottogruppo di pazienti che ha portato a termine il programma.

Come risulta dalla Tabella, per i pazienti che hanno par-

**TABELLA I.**Caratteristiche del campione. *Sample characteristics.*

Variabili cliniche	Campione n = 20									
	Sesso	F					M			
n		%			n		%			
17		85			3		15			
Età	Media					DS				
	46,9					8,04				
Diagnosi AX I	UP			BP-I			BP-II			
	n		%	n		%	n		%	
	10		50	4		20	6		30	
Codiagnosi AX I	n					%				
	4					20				
Diagnosi AX II	BPD		NPD		HPD		OPD		NAS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	25	9	45	3	15	2	10	3	15
Scolarità	Medie Inferiori			Medie Superiori			Laurea			
	n		%	n		%	n		%	
	6		30	13		65	1		5	
Ospedalizzazioni	Media					DS				
	3,50					2,28				
TS	Media					DS				
	2,06					2,68				

UP: disturbo unipolare; BP-I; disturbo bipolare, tipo I; BP-II: disturbo bipolare, tipo II; BPD: disturbo borderline di personalità; NPD: disturbo narcisistico di personalità; HPD: disturbo istrionico di personalità; OPD: disturbo oppositivo di personalità; NAS: non altrimenti specificato.

tecipato e completato il programma STEPPS si è riscontrata una diminuzione significativa e progressiva del numero di atti anticonservativi ( $\chi^2 = 11,47$ ,  $p < ,01$ ), con correlazioni ampie e positive tra numero di tratti borderline e tentativi suicidari prima ( $\rho = ,46$ ,  $p < ,05$ ) e durante STEPPS ( $\rho = ,42$ ,  $p < ,05$ ), ma non dopo STEPPS ( $\rho = ,22$ ,  $p > ,40$ ). Inoltre, anche il numero di ricoveri si è ridotto in modo statisticamente significativo ( $\chi^2 = 16,85$ ,  $p < ,001$ ). Per quanto riguarda EIC il grafico in Figura 1 mostra l'andamento delle medie settimanali dei picchi di intensità emotiva calcolati su 31 settimane.

L'ANOVA di Friedman ha mostrato un decremento significativo dei valori di EIC nel corso dell'intervento STEPPS ( $\chi^2_{(30)} = 58,71$ ,  $p < ,005$ ). L'andamento evidenzia come, dopo un'iniziale fase di oscillazione, a partire dalla nona settimana di terapia i punteggi inizino a scendere sensibilmente e dalla quattordicesima settimana dall'inizio del trattamento l'intensità emotiva si dimezzi.

L'ANOVA di Friedman ha mostrato un cambiamento significativo nell'andamento del filtro "Sfiducia" ( $\chi^2_{(2)} = 7,68$ ,

$p < ,05$ ): al termine di STEPPS il punteggio aumenta ( $M = 13,50$ ,  $DS = 10,19$ ) per poi diventare sensibilmente più basso di quello di partenza ( $M = 12,17$ ,  $DS = 9,50$ ) dopo 6 mesi dal termine della terapia ( $M = 11,83$ ,  $DS = 10,07$ ). "Sfiducia" ( $\rho = ,71$ ,  $p < ,01$ ) e "Abbandono" ( $\rho = ,56$ ,  $p < ,05$ ) sono stati i soli filtri cognitivi a mostrare una correlazione positiva col numero dei tentativi suicidari effettuati prima di STEPPS. Sia "Sfiducia" ( $\rho = ,43$ ,  $p < ,01$ ) sia "Abbandono" ( $\rho = ,45$ ,  $p < ,05$ ) hanno mostrato correlazioni significative col numero di caratteristiche del DP borderline.

## Discussione

La comorbilità tra disturbo dell'umore e DP borderline rappresenta una problematica clinica quotidiana che richiede l'utilizzo di strumenti terapeutici integrati al fine di una migliore gestione delle anomalie comportamentali e di una riduzione degli effetti di queste ultime sulla qualità di vita dei pazienti (i.e. elevato numero di ospedalizzazioni e condotte autolesive). In un approccio biopsico-

**TABELLA II.**Caratteristiche del campione che ha concluso il programma STEPPS. *Characteristics of patients who concluded the program.*

Variabili cliniche	Campione n = 9									
	Sesso	F					M			
n		%			n		%			
7		78			2		22			
Età	Media					DS				
	45,9					8,84				
Diagnosi AX I	UP			BP-I			BP-II			
	n		%	n		%	n		%	
	5		56	2		22	2		22	
Diagnosi AX II	BPD		NPD		HPD		OPD		NAS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	3	33	4	45	0	0	0	0	2	22
	T0			T1			T2			
	Baseline			Fine trattamento			Follow-up di 6 mesi			
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Ospedalizzazioni	3,48	2,17	0,21	0,42	0,17	0,58*				
TS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
	2,27	3,23	0,13	0,45	0,08	0,29**				
Filtro "Sfiducia"	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
	12,2	9,5	13,50	10,2	11,8	10,7***				

UP: disturbo unipolare; BP-I; disturbo bipolare, tipo I; BP-II: disturbo bipolare, tipo II; BPD: disturbo borderline di personalità; NPD: disturbo narcisistico di personalità; HPD: disturbo istrionico di personalità; OPD: disturbo oppositivo di personalità; NAS: non altrimenti specificato; \* test di Friedman: Chi-square = 16,85 (p < 0,001); \*\* test di Friedman: Chi-square = 11,47 (p < 0,01); \*\*\* test di Friedman: Chi-square = 7,68 (p < 0,50).

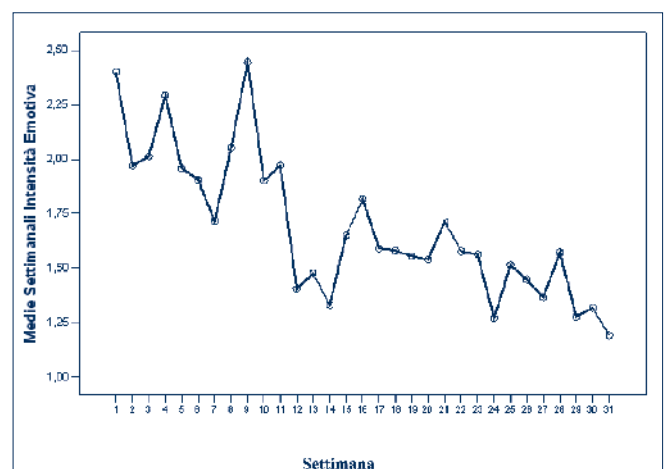
sociale ai disturbi dell'umore, infatti, la presenza di DP è considerata una variabile che interferisce, se non gestita, con la durata della normotimia.

Il disturbo borderline può presentare delle manifestazioni cliniche simili a delle fasi di malattia dell'umore ed è spesso in tali occasioni che i pazienti richiedono un intervento anche ospedaliero.

STEPPS nasce come intervento per questa tipologia di pazienti in cui la compromissione psicosociale ascrivibile al DP è pari o superiore a quella ascrivibile alla sintomatologia per cui chiedono la cura, ma rispetto alla quale manca o è scarso l'insight.

Scopo del nostro lavoro è stato l'applicazione del programma STEPPS in una popolazione di pazienti con disturbo dell'umore già stabilizzati farmacologicamente e disturbo o tratti di personalità borderline, al fine di migliorare la consapevolezza di malattia e la capacità gestionale degli aspetti di disregolazione emotiva relativi al DP. Per quanto preliminare nelle sue conclusioni in relazione a numerosi limiti metodologici, questo lavoro rappresenta il primo che vede l'applicazione di STEPPS

come strumento di cura integrata alla terapia farmacologica in una popolazione di pazienti con comorbidità.

**FIGURA 1.**

Andamento nel tempo del Continuum dell'Intensità Emotiva (EIC). *EIC trend over time.*

Nei nostri criteri di inclusione abbiamo selezionato una popolazione stabilizzata dal punto di vista della diagnosi di Asse I, ma particolarmente compromessa dal punto di vista personale e che aveva già fallito precedenti percorsi di cura psicoterapica.

Come esperienza clinica comune, i pazienti con gravi DP sono caratterizzati da un tasso di discontinuità nella cura elevato<sup>10</sup> e studi pregressi<sup>36</sup> hanno riportato per STEPPS tassi di drop-out di circa il 34%. I nostri dati non si discostano da questo tipo di difficoltà con un tasso di drop-out del 55%. Probabilmente fattori come la comorbilità tra DP e disturbo dell'umore, l'età media dei soggetti, l'alta suicidarietà, la scarsa consapevolezza di malattia e una storia pregressa di tentativi di trattamenti falliti potrebbero aver contribuito all'elevazione del tasso di drop-out rispetto agli studi presenti in letteratura<sup>38 41 42</sup>.

Queste conclusioni ci fanno considerare il dato preliminare sul drop-out in maniera cautamente positiva: possiamo affermare che STEPPS ha consentito un percorso di cura al 45% dei pazienti con diagnosi o tratti prominenti di DP borderline, nessuno dei quali era stato in grado di completare in precedenza un qualsiasi intervento psicoterapico. Il fatto che il tasso di drop-out sia legato alla presenza di tratti dei DP istrionico e passivo-aggressivo potrebbe indicare che le personalità suggestionabili, inautentiche e con un bisogno notevole di attenzione possono trovare eccessivamente gravoso l'impegno quotidiano e la partecipazione interpersonale previsti dal programma STEPPS.

Nonostante la scarsa numerosità del campione, l'assenza di un gruppo di controllo e la natura preliminare dei nostri dati, lo studio suggerisce che il programma STEPPS possa essere efficace nel diminuire i tentativi suicidari dovuti alla patologia borderline e che questi risultati si possano mantenere stabili a 6 mesi dalla fine del trattamento.

Anche per i ricoveri sembra evidenziarsi un effetto immediato della terapia che si mantiene a distanza di 6 mesi dalla fine della medesima. Da questi risultati si può ipotizzare che il gruppo STEPPS svolga una funzione di contenimento degli agiti autolesivi e quindi dei conseguenti ricoveri ad essi correlati e che probabilmente le abilità di gestione emotiva che vengono insegnate siano messe in pratica dai pazienti anche al termine della terapia.

Per quanto riguarda il Continuum dell'Intensità Emotiva (Fig. 1), nei pazienti che portano avanti il programma STEPPS si assiste dalla quattordicesima settimana in poi ad una riduzione dell'intensità emotiva percepita, con un trend verso la diminuzione sistematico e tendenzialmente lineare. Probabilmente i pazienti continuano a sperimentare eventi o situazioni disturbanti, ma il loro impatto sull'individuo si ridimensiona, in quanto l'intensità emotiva percepita in relazione ad essi si abbassa.

Rispetto ai risultati del Questionario sui Filtri, l'andamen-

to del filtro "Sfiducia" potrebbe essere dovuto al fatto che i punteggi sono più alti a fine STEPPS per un effetto indiretto legato alla fine del gruppo e quindi ad una visione pessimistica rispetto alla prospettiva di farcela da soli, mentre il suo abbattimento al follow-up di 6 mesi potrebbe indicare che i soggetti hanno mobilitato, durante STEPPS, delle risorse e capacità interne che riescono ad utilizzare anche senza il gruppo.

Il fatto che i filtri "Abbandono" e "Sfiducia" siano correlati al numero di tratti del DP borderline e al numero di tentativi suicidari fatti prima di STEPPS non stupisce, in quanto tali modalità di pensiero negativo e distorto costituiscono degli aspetti cardine del DP borderline<sup>16</sup> e rappresentano aspetti cognitivi fortemente legati alla messa in atto di agiti anticonservativi, amplificando le difficoltà reali e inducendo la sensazione di essere soli e senza aiuto ad affrontare le difficoltà, senza alcuna aspettativa che le cose possano migliorare<sup>34</sup>.

## Limiti dello studio

La scarsa numerosità campionaria, l'assenza di un gruppo di controllo e di una randomizzazione dei trattamenti e il tasso di drop-out sottolineano come i nostri risultati preliminari vadano considerati con grande prudenza. Infine, i dati di follow-up si limitano ad un periodo di 6 mesi dalla fine del trattamento STEPPS.

In sintesi, pur con i limiti elencati in precedenza, che suggeriscono fortemente la necessità di studi ulteriori prima di poter accettare le nostre indicazioni preliminari sull'efficacia di STEPPS, i risultati del presente studio suggeriscono che tale trattamento potrebbe rappresentare una risorsa per il clinico che abbia la necessità di offrire un intervento, inizialmente durante la fase di ricovero, a pazienti con DP borderline o con tratti prominenti del DP borderline che giungono all'attenzione clinica per un disturbo di Asse I, dando continuità all'intervento tra la fase di ricovero e la fase ambulatoriale.

Da queste considerazioni sembra emergere come STEPPS, anche per la realtà clinica italiana, mantenga l'efficacia del modello originale, consentendo di estendere la gamma dei DP trattabili e permettendo una maggior duttilità nel passaggio dalla fase di ricovero alla continuità ambulatoriale nel trattamento del paziente con diagnosi di Asse I e diagnosi di DP borderline.

## Bibliografia

- 1 Zimmerman M, Mattia JI. *Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder*. Compr Psychiatry 1999;40:245-52.
- 2 Skodol AE, Oldham JM. *Assessment and diagnosis of borderline personality disorder*. Hosp Community Psychiatr 1991;42:1021-8.

- 3 Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. *The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients*. Am J Psychiatry 2005;162:1911-8.
- 4 Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, et al. *Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)*. Depress Anxiety 1999;10:175-82.
- 5 Farmer R, Nelson-Gray RO. *Personality disorders and depression: hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations*. Clin Psychol Rev 1990;10:453-76.
- 6 Alnæs R, Torgersen S. *Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression*. Acta Psychiatr Scand 1997;95:336-42.
- 7 McDermut W, Zimmerman M. *The effects of personality disorders on outcome in the treatment of depression*. In: Rush AJ, editor. *Mood and anxiety disorders*. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins 1998, pp. 321-38.
- 8 Sanislow CA, McGlashan TH. *Treatment outcome of personality disorders*. Can J Psychiatry 1998;43:237-50.
- 9 Perry JC, Banon E, Ianni F. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*. Am J Psychiatry 1999;156:1312-21.
- 10 Leichsenring F, Leibing E. *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis*. Am J Psychiatry 2003;160:1223-32.
- 11 Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, et al. *Borderline personality disorder*. Lancet 2011;377:74-84.
- 12 Zanarini MC. *Psychotherapy of borderline personality disorder*. Acta Psychiatr Scand 2009;120:373-7.
- 13 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. New York: J. Wiley and Sons 1999. Tr. It. *Psicoterapia della personalità borderline*. Milano: Cortina Editore 2000.
- 14 Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press 2004. Tr. It. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Milano: Cortina Editore 2006.
- 15 Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press 1993. Tr. It. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano: Cortina Editore 2001.
- 16 Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange 1999.
- 17 Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1060-4.
- 18 Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. Arch Gen Psychiatry 1993;50:971-4.
- 19 Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, et al. *Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients*. Am J Psychiatry 1994;151:1771-6.
- 20 Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, et al. *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence*. Am J Addict 1999;8:279-92.
- 21 Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. *Two-years randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:757-66.
- 22 Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, et al. *Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands*. Br J Psychiatry 2003;182:135-40.
- 23 Bateman AW, Fonagy P. *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial*. Am J Psychiatry 1999;156:1563-9.
- 24 Bateman AW, Fonagy P. *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder-A randomized controlled trial*. Br J Psychiatry 2000;177:138-43.
- 25 Bateman AW, Fonagy P. *treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up*. Am J Psychiatry 2001;158:36-42.
- 26 Bateman AW, Fonagy P. *8-years follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual*. Am J Psychiatry 2008;165:631-8.
- 27 Bateman AW, Fonagy P. *Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder*. Am J Psychiatry 2009;166:1355-64.
- 28 Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, et al. *The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change*. J Pers Disord 2001;15:487-95.
- 29 Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al. *The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics*. J Pers Disord 2004;18:52-72.
- 30 Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, et al. *The mechanism of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy*. J Clin Psychol 2006;62:481-501.
- 31 Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al. *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multi-wave study*. Am J Psychiatry 2007;164:922-8.
- 32 Van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, et al. *Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy*. Br J Psychiatry 2008;192:450-7.
- 33 Bateman AW, Fonagy P. *Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization vs general psychiatric care*. Am J Psychiatry 2003;160:169-71.
- 34 Blum NS, Bartels NE, St John D, Pfohl B (2012). *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*

- (STEPPS 2nd Ed). Available on CD-ROM from Level One Publishing (www.steppsforbpd.com).
- 35 Blum NS, Pfohl B, St. John D, et al. *STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder – a preliminary report*. Compr Psychiatry 2002;43:301-10.
  - 36 Freije H, Dietz B, Appelo M. *Behandling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de vers: de Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis*. Directieve Therapie 2002;4:367-78.
  - 37 Black DW, Blum N, Pfohl B, et al. *The STEPPS Group Treatment Program for outpatients with borderline personality disorder*. J Cont Psych 2004;34:193-210.
  - 38 Black DW, Blum N, Eichinger L, et al. *STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in women offenders with borderline personality disorder in prison-A Pilot Study*. CNS Spectr 2008;13:881-6.
  - 39 Blum N, Pfohl B, St. John D, et al. *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up*. Am J Psychiatry 2008;165:468-78.
  - 40 Black DW, Allen J, St. John D, et al. *Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study*. Acta Psychiatr Scand 2009;120:53-61.
  - 41 Bos EH, Bas van Wel E, Appelo MT, et al. *A randomized controlled trial of a Dutch version of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder*. J Nerv Ment Dis 2010;198:299-304.
  - 42 Bos EH, van Wel EB, Appelo MT, et al. *Effectiveness of STEPPS for Borderline Personality Problems in a real-world sample: moderation by diagnosis or severity?* Psychother Psychosom 2011;80:173-81.
  - 43 Gross JJ, Muñoz RF. *Emotion regulation and mental health*. Clin Psychol (New York) 1995;2:151-64.
  - 44 Gratz KL, Roemer L. *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. J Psychopathol Behav Assess 2004;26:41-54.
  - 45 Pfohl B, Blum N, St. John D, et al. *Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder*. J Pers Disord 2009;23:281-93.
  - 46 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute 1994.
  - 47 Maffei C, Fossati A, Agostoni I, et al. *Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), version 2.0*. J Pers Disord 1997;11:279-84.
  - 48 Guilford JP, Fruchter B. *Fundamental statistics in psychology and education*. 6<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill 1978.