

VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI UN TRATTAMENTO COGNITIVO-EVOLUZIONISTA INTEGRATO (INDIVIDUALE-GRUPPO) PER PAZIENTI CON DISTURBI DI PERSONALITÀ BORDERLINE E/O COMORBILITÀ IN ASSE I/II: UNO STUDIO SEMI-NATURALISTICO CONTROLLATO

Fassone G. *[§], Ivaldi A. [§], Mantione G. [§], Rocchi M.T. *[§]

[§]IV Centro di Psicoterapia Cognitiva, APC, viale Castro Pretorio, Roma

[°]Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo, ARPAS, Roma

*Centro di Salute Mentale di Via Bardanzellu, ASL RM B, Roma

Riassunto

Introduzione Scopo del presente lavoro è quello di confrontare due tipi d'intervento, il modello di coterapia integrata individuale-gruppo (TCE in doppio setting) e il trattamento individuale (TCE individuale, con eventuale supporto farmacologico), in pazienti con disturbi di personalità e/o comorbilità in asse I. L'ipotesi è che il gruppo trattato in coterapia integrata individuale-gruppo, rispetto ad un gruppo di pazienti trattato con lo stesso tipo di terapia individuale, possa avere maggiori possibilità di mantenere e concludere il trattamento e trarne un significativo beneficio.

Materiali e metodi Pazienti di 18-60 anni; diagnosi: comorbilità trasversale in asse I; disturbo di personalità di tipo Borderline, eventualmente in comorbilità con altri disturbi in asse I; altri Disturbi di personalità in comorbilità con disturbi in asse I.

Per tutti i pazienti sono state raccolte informazioni in relazione alle seguenti variabili: socio-demografiche, pregressi trattamenti farmacologici; pregressi interventi psicoterapici; eventuali drop-out; comportamenti di tipo impulsivo auto ed eterodiretti e ricoveri pregressi. Valutazione e Strumenti: tutti i pazienti sono stati valutati in relazione a: a) motivazione verso il trattamento, b) drop-out in corso di trattamento, c) comportamenti auto- o etero-lesivi; comportamenti impulsivi. Strumenti di valutazione: VGF (Valutazione Globale del Funzionamento), BASIS-32 (Behavioral and Symptom Identification Scale-32), QoL-I (Quality of Life Index). Le valutazioni sono state effettuate all'inizio del trattamento e dopo 12, 18, 24 mesi di trattamento. Trattamento: 1) TCE individuale-gruppo, strutturata e presentata ai pazienti come *un unico trattamento*: terapia individuale cognitivo-evoluzionista alternata settimanalmente a terapia di gruppo (sedute della durata di 2 ore), condotta da due coterapeuti; 2) TCE individuale semplice come trattamento di controllo.

Risultati Sono stati inclusi nello studio 109 pazienti, trattati ambulatorialmente, per lo più in un setting privato (83%). Il gruppo trattato con TCE in doppio setting (n=85) ha evidenziato un minor tasso di drop-out dal trattamento, rispetto al gruppo trattato con terapia individuale (19 vs. 65%); ciò vale anche per il sottogruppo costituito solo dai pazienti borderline (23 vs. 60%). Inoltre il gruppo TCE doppio setting mostra un significativo miglioramento della sintomatologia e dei comportamenti a rischio, oltre che della qualità della vita, nel confronto pre-post trattamento.

Discussione Vengono evidenziati i limiti dello studio e le possibili inferenze sulla base dei dati ottenuti. In particolare si sottolinea la diversità di composizione dei due gruppi in termini di gravità complessiva (peggiore nei controlli) e distribuzione delle diagnosi (DBP più frequenti nei controlli) come fattori di distorsione in relazione alla valutazione degli esiti. L'analisi condotta solo su pazienti DBP, nei due gruppi, rende i dati ottenuti più generalizzabili. In conclusione, la TCE DS evidenzia alcuni vantaggi sostanziali rispetto alla terapia individuale, soprattutto per quanto riguarda la riduzione del drop-out. Per il futuro, allo scopo di stimolare la riflessione sull'importanza delle "coterapie" propriamente dette nel trattamento di pazienti difficili, potrebbe essere interessante fare un confronto tra pazienti in coterapia TCE individuale-

gruppo, pazienti trattati con altra coterapia TCE e pazienti trattati con TCE individuale semplice.

Parole chiave: disturbo borderline di personalità; comorbidità; attaccamento; terapia cognitivo-comportamentale; psicoterapia di gruppo

Abstract

Introduction Aim of the study was to compare an integrated treatment model of cognitive-evolutionary therapy (double-setting TCE: individual and group psychotherapy) with individual cognitive-evolutionary therapy (individual TCE) in outpatients subjects with personality disorders and/or Axis I comorbidity. The testing hypothesis is that patients treated with double setting-TCE may show lower drop-out rates and better improvement in symptoms pre-post treatment if compared with those treated with control condition.

Methods Patients with 18-60 years, with personality disorders (mainly borderline disorder) and/or Axis I comorbidity, that were allocated by preference to one of the treatment conditions. Double setting-TCE consisted in two group sessions (2 hours each) and two individual sessions per month (6 hours treatment per month) presented to the patient as *one treatment package*; individual-TCE consisted in one weekly session of individual therapy (4 hours treatment per month). Pharmacotherapy was administered in both groups as needed. GAF, BASIS-32 and QoL-I were used to estimate symptoms and social adjustment. Information about previous treatment, drugs, admissions, drop-out from therapy, as well as motivation towards treatment program, impulsive behavior (self harming behavior and substance abuse) were systematically collected for all patients. Evaluations were made at baseline, and after 12, 18 and 24 months of treatment. Treatment in both groups was supposed to last 24 months.

Results A total of 109 subjects were included in the study, the majority of them (83%) being treated in private practice setting. Double setting-TCE (n=85) showed lower drop-out rate if compared to control treatment (19 vs. 65%). This result is confirmed also in BPD patients subgroups (23 vs. 60%). Furthermore, double setting-TCE group showed significant pre-post treatment improvement (baseline vs end of treatment) in all evaluation (VGF, BASIS-32, QoL-I), as well as a significant reduction in the number of self harming behavior and substance abuse behavior.

Discussion A limitation of the study consisted in clinical and diagnostic differences between two groups, individual TCE control group being more severe in terms of symptoms and global functioning, previous admissions, higher drop-out rates. BPD patients were significantly more frequent in this group. This difference may explain all the others. In fact, when only BPD subjects were compared in both groups, no difference was observed. Other limitations and further consideration on internal and external validity are discussed. In conclusion, double setting TCE seem to be more effective than simple individual TCE, in terms of drop-out reduction, symptoms relief and global functioning. In order to stimulate discussion on the role of multiple treatment settings, further investigation is needed to compare double setting TCE, other forms of integrated TCE co-therapy and simple individual TCE.

Key words: borderline personality disorder; comorbidity; attachment; cognitive-behavioral therapy; group psychotherapy

Introduzione

Grande attenzione ormai da molti anni è rivolta alle problematiche inerenti l'efficacia del trattamento in pazienti con Disturbi di Personalità Borderline (DBP). Com'è noto questo tipo di pazienti è a rischio di drop-out nel 50% dei casi trattati con modalità "as usual", di suicidio o di

comportamenti autolesivi ed è, per definizione, impegnativo e faticoso sia per il terapeuta che per la struttura (pubblica o privata) che lo prende in carico. Nel corso degli ultimi 10 anni, diversi gruppi di lavoro hanno messo a punto dei modelli di trattamento strutturati e riproducibili per i quali è possibile evidenziare, con strumenti metodologici appropriati, l'efficacia e la valutazione degli esiti a fine trattamento e al follow-up. I risultati, più interessanti e validi dal punto di vista metodologico, sono riassunti in una recente meta-analisi di Leichsering e Leibing (2003), nella quale si evidenzia, tra gli altri, l'efficacia di alcuni modelli di intervento, ad orientamento cognitivo-comportamentale (Linehan et al. 1991; 1993; 1994; 1999; Bohus et al. 2000) e ad orientamento psicodinamico (Bateman e Fonagy 1999). Tali modelli, la Dialectical-Behavioral Therapy di M. Linehan (v. Manuale) e il Mentalization-Based Treatment di Bateman e Fonagy (2004), pur partendo da presupposti teorici e modalità di intervento molto diversi, sono accomunati dal fatto di adottare un setting multiplo che comprende, tra l'altro, un trattamento individuale e un trattamento di gruppo. Entrambi gli approcci sono organizzati sulla base di un modello teorico-applicativo molto coerente e strutturato, in cui tutte le figure coinvolte sono parte integrante di un unico progetto terapeutico. Tali trattamenti si sono dimostrati più efficaci rispetto al trattamento abitualmente utilizzato per questi pazienti (il c.d. *treatment as usual*, consistente in ricovero, gestione della farmacoterapia e successiva presa in carico ambulatoriale con visite di controllo e psicoterapia di sostegno) in termini di riduzione del drop-out, dei comportamenti autolesivi, dei sintomi di natura depressiva e di miglioramento del funzionamento interpersonale.

Se per quanto concerne il trattamento dei DBP, si dispone attualmente di dati sufficienti per individuare e replicare gli approcci terapeutici più efficaci, nella pratica clinica ambulatoriale accade sempre più spesso di entrare in contatto con pazienti gravi, che mostrano un quadro clinico *polimorfo* caratterizzato da varie forme di comorbidità in asse I o in Asse I/II. Alcuni *cluster* di comorbidità (es. Disturbi del Comportamento Alimentare associati a Disturbi di Panico e/o Disturbi Dissociativi e/o Disturbi dell'Umore o a disturbi di personalità borderline) appaiono piuttosto frequenti (Rosenvinge et al. 2000; Zanarini et al. 1998; Oldham et al. 1995; van Hanswijck de Jonge et al. 2003; Fassino et al. 2003) e, analogamente ai DBP, sono associati ad una compromissione persistente dell'adattamento e del funzionamento psicosociale. Tali forme di comorbidità, che richiamano fortemente la "dimensione" ovvero il "funzionamento" borderline pur non soddisfacendo pienamente i criteri diagnostici categoriali del DSM-IV per il DBP, pongono gli stessi problemi in relazione alla possibilità di accedere ad una terapia efficace, mantenerla nel tempo e trarne un qualche significativo beneficio, in termini psicopatologici e di adattamento sociale.

È lecito ipotizzare che una parte consistente di questi pazienti, unitamente ai DBP e ai Disturbi Dissociativi, costituiscano una popolazione clinica relativamente omogenea che si dispone lungo *continuum* eziopatogenetico, caratterizzato da elevata esposizione ad esperienze traumatiche intra-familiari (nel paziente e/o nel *caregiver*), attaccamento insicuro (ovvero "disorganizzato"), oltre che da altri fattori temperamentali, come l'instabilità affettiva e la propensione all'impulsività (Liotti et al. 2000; Pasquini et al. 2002; Battle et al. 2004; Fassone et al. 2002; Agrawal et al. 2004; Paris 1994). In questa prospettiva, è suggestivo ipotizzare che almeno alcune forme di "disorganizzazione" (o comorbidità) della clinica possano rappresentare un epifenomeno della Disorganizzazione dell'Attaccamento. È molto interessante notare, a questo proposito, come una recente rassegna di Agrawal et al. (2004) evidenzia un *continuum* eziopatogenetico tra Attaccamento Insicuro e sviluppo di patologia borderline. In particolare, gli autori sottolineano come, alla luce dei dati di letteratura disponibili, alcuni tipi di Attaccamento Insicuro (in particolare il tipo "unresolved", "preoccupied-ambivalent" o "fearful", corrispettivi adulti delle forme di attaccamento disorganizzato dell'infanzia) siano altamente rappresentati nei pazienti DBP e possano essere considerati come *markers* fenotipici di vulnerabilità per lo sviluppo del disturbo.

Sulla base di queste considerazioni teorico-cliniche, è stato messo a punto un modello di intervento specifico (TCE) ad orientamento cognitivo-evoluzionista (Ivaldi et al. 1998) per il trattamento di pazienti appartenenti a questo *continuum* dimensionale, eziopatogenetico e psicopatologico (Ivaldi et al. 2000; Fassone et al. 2003). L'ipotesi di lavoro è la seguente: in questo tipo di pazienti (come i DBP o alcuni cluster di comorbidità) è ipotizzabile una *disorganizzazione* del sistema dell'attaccamento (Liotti 1994; 2001; Solomon e George 1999; Agrawal et al. 2004) che contribuisce, in aggiunta ad altri fattori (Paris 1994; Liotti et al. 2000; Pasquini et al. 2002; Zanarini 2000), alla definizione del quadro psicopatologico e interferisce con la possibilità di stabilire e mantenere una relazione terapeutica valida. Tale interferenza deriverebbe dall'inevitabile attivazione in terapia di un sistema dell'Attaccamento che, poiché *non organizzato*, determina un incontrollabile e disfunzionale incremento della caoticità della relazione, responsabile di una serie di fenomeni come fallimenti terapeutici, interruzioni del trattamento, esaurimento delle fonti di cura. In ambito ambulatoriale, uno dei modi possibili per proteggere paziente e terapeuta dagli effetti distruttivi di tali fenomeni è, come si può evincere dagli studi pubblicati in letteratura, quello di ricorrere ad un setting multiplo, nel quale la presenza di due *coterapeuti* (oltre che di due setting *distinti, ma integrati e coerenti* tra loro), permette di "diluire" la carica emotiva derivante dall'attivazione disorganizzata e disfunzionale del sistema dell'Attaccamento (Ivaldi et al. 1998; 2000). Alcuni incoraggianti risultati preliminari, relativi alla riduzione del drop-out in questo tipo di pazienti, sono stati già pubblicati in uno studio naturalistico non controllato (Fassone et al. 2003). Scopo del presente lavoro è quello di confrontare due di tipi d'intervento, il modello di coterapia integrata individuale-gruppo (TCE in doppio setting) e il trattamento individuale (TCE individuale, con eventuale supporto farmacologico). L'ipotesi in esame è che il gruppo trattato in coterapia integrata individuale-gruppo rispetto ad un gruppo di pazienti trattato con lo stesso tipo di terapia individuale, ma senza il ricorso ad una coterapia propriamente detta, possa avere maggiori possibilità di mantenere e concludere il trattamento ed, eventualmente, trarne un significativo beneficio in termini clinici e di funzionamento psicosociale.

Materiali e metodi

Selezione dei pazienti

Criteri d'inclusione

Pazienti d'età compresa tra 18-60 anni, giunti all'osservazione con le modalità usuali, analoghe per i soggetti trattati in DS e per i controlli.

Diagnosi:

- soggetti con comorbidità trasversale in asse I (pazienti che soddisfano contemporaneamente i criteri per più di un disturbo secondo il DSM-IV);
- soggetti con disturbo di personalità di tipo Borderline (secondo i criteri del DSM-IV), eventualmente in comorbidità con altri disturbi in asse I
- altri Disturbi di personalità cluster B in comorbidità con disturbi in asse I.

I pazienti si considerano eleggibili per lo studio nel momento in cui gli viene comunicata la possibilità, ovvero l'indicazione ad un trattamento in doppio setting integrato, individuale-gruppo. A questo punto il paziente sceglie se accedere al trattamento TCE doppio setting oppure continuare TCE individuale, in base alle sue preferenze. Se un paziente non entra nel gruppo in doppio setting ciò può essere dovuto a due fattori: rifiuto a fare il gruppo oppure difficoltà logistiche.

Criteria d'esclusione

Pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico; disturbi deliranti; disturbi bipolari tipo I; soggetti con sindrome psicorganica. Sono stati inoltre esclusi i pazienti che nel corso del trattamento non hanno potuto accedere alla TCE doppio setting, ma hanno accettato la proposta di una coterapia integrata psicoterapia-farmacoterapia (20 soggetti su un totale di 129). Il campione analizzato è, pertanto, costituito da 109 soggetti.

Per tutti i pazienti sono state raccolte informazioni in relazione alle seguenti variabili: socio-demografiche, pregressi trattamenti farmacologici; pregressi interventi psicoterapici (tipo, durata); eventuali interruzioni non concordate del trattamento psicoterapico (drop-out); comportamenti di tipo impulsivo auto ed eterodiretti; ricoveri pregressi.

Valutazione e Strumenti

Tutti i pazienti sono stati valutati in relazione a: a) motivazione verso il trattamento, b) drop-out in corso di trattamento (interruzioni non concordate della terapia), c) comportamenti auto- o etero-lesivi; comportamenti impulsivi (abuso/intossicazione da sostanze o farmaci, promiscuità sessuale o aggressività eterodiretti, abbuffate). Gli strumenti di valutazione psicometrica sono stati la VGF (Valutazione Globale del Funzionamento), la BASIS-32 (Behavioral and Symptom Identification Scale-32; Eisen et al. 1994; 1999), il QoL-I (Quality of Life Index). Le valutazioni sono state effettuate all'inizio del trattamento e dopo 12, 18, 24 mesi di trattamento. Le diagnosi sono state effettuate in base ai criteri diagnostici del DSM-IV e, successivamente, discusse e revisionate sistematicamente per quanto riguarda quelle inerenti ai disturbi di personalità (DP). I valori di accordo (Kappa) tra valutatori calcolati ad inizio studio sono risultati compresi tra 0.77 e 0.82.

Definizione di drop-out, interruzione concordata della terapia, conclusione della terapia, prosecuzione della terapia in singolo setting

Drop-out: interruzione non concordata della terapia. Il paziente interrompe il trattamento senza aver conseguito gli obiettivi minimi di terapia, concordati all'inizio del trattamento. Si considerano drop-out tutti i pazienti inseriti nel TCE doppio setting (almeno una seduta) o TCE individuale (almeno tre sedute).

Interruzione concordata: il paziente interrompe concordemente con il terapeuta il trattamento, avendo conseguito almeno gli obiettivi minimi stabiliti ad inizio terapia.

Conclusione della terapia: il paziente conclude la terapia avendo conseguito in larga parte (o in toto) gli obiettivi del trattamento.

Proseguimento in singolo setting: il paziente, per necessità, è costretto ad interrompere il doppio setting, proseguendo solo il trattamento individuale o di gruppo.

Trattamento

Psicoterapia cognitivo-evoluzionista individuale-gruppo, strutturata e presentata ai pazienti come *un unico trattamento*: terapia individuale cognitivo-evoluzionista alternata, settimanalmente, a terapia di gruppo (sedute della durata di 2 ore), condotta da due coterapeuti, gli stessi che seguono i pazienti in individuale. I gruppi sono "aperti" (è previsto l'avvicendamento dei pazienti), costituiti da 6-8 pazienti (è previsto l'inserimento di pazienti seguiti in individuale da altri

colleghi); gestione della farmacoterapia. Sono previsti incontri periodici tra i colleghi impegnati nella conduzione del trattamento e dei relativi gruppi e colleghi coinvolti nell'individuale. Tutte le sedute di gruppo sono audio-registrate, archiviate e disponibili per i pazienti, oltre che per i terapeuti.

Psicoterapia cognitivo-comportamentale (ad indirizzo evoluzionista) individuale come trattamento di controllo; gestione della farmacoterapia ove indicata. L'assegnazione ad uno o all'altro dei due gruppi è stata fatta secondo le preferenze del paziente. La durata del trattamento in entrambi i gruppi è stata fissata a 24 mesi, salvo diversa indicazione. In ogni caso le valutazioni sono state effettuate tutte ad inizio terapia e dopo 12, 18 e 24 mesi.

Elementi teorici e metodologici del modello d'intervento in doppio setting

Il modello teorico di riferimento è quello cognitivo-evoluzionista (Liotti 2001), con particolare riferimento all'applicazione della Teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali nel contesto individuale (Liotti 1994; 2001) e di gruppo (Ivaldi et al. 1998; 2000). Da un punto di vista operativo, vengono impiegati modalità e strumenti già descritti in altra sede (Fassone et al. 2003) (Ivaldi et al. 2000) (Rocchi et al. 2002). In questo lavoro, si sottolinea in particolare la rilevanza di alcuni aspetti specifici e caratterizzanti del modello di trattamento utilizzato, che rappresentano una sintesi di contributi provenienti da diverse scuole di pensiero.

a) La contrattualità e il processo relazionale

La terapia inizia in un contesto individuale dove il terapeuta avvia con il paziente la fase contrattuale. Per *contratto* si intende non solo un obiettivo concordato, ma la definizione del *setting terapeutico*, con particolare riferimento all'impegno reciproco di terapeuta e paziente necessario per il raggiungimento dei risultati. Vengono stabiliti confini e limiti della terapia e della relazione paziente-terapeuta, priorità e obiettivi, anche e soprattutto in termini di fattibilità e plausibilità. Il *contratto* rappresenta pertanto una sorta di "zona franca" in cui diventa possibile, per terapeuta e paziente, lavorare e tornare nei momenti conflittuali della terapia, nei quali il paziente mette alla prova, inconsapevolmente, la relazione terapeutica. In questo senso, il concetto di *contrattualità* ha delle implicazioni dirette sul *processo relazionale*, indirizzandolo sin dalle prime sedute, ed in modo chiaro ed esplicito, sul terreno comune della collaborazione possibile.

b) La co-terapia e la presenza del terapeuta individuale nel gruppo

L'inserimento di un paziente nel gruppo di terapia segna un passaggio importante del suo percorso di cura. Il paziente viene accompagnato nel gruppo dal terapeuta individuale, che lo seguirà per tutto il tempo insieme ad un coterapeuta, alternando agli incontri di gruppo le sedute individuali. Questa configurazione relazionale terapeutica facilita e arricchisce il lavoro sul *processo relazionale*, estendendo il contesto interattivo e favorendo così un maggior *decentramento cognitivo*. La presenza del terapeuta nel gruppo e nell'individuale ha numerose implicazioni, una delle quali è quella di fungere da validatore autorevole rispetto ad interazioni significative avvenute ad es. nel contesto di gruppo. Può inoltre svolgere la funzione di mente (o memoria) vicaria ed aiutare il paziente a recuperare il significato di episodi o passaggi significativi della terapia, anche in questo caso favorendo e sostenendo lo sviluppo di capacità meta-cognitive.

c) I sistemi Motivazionali Interpersonali e il triangolo drammatico

L'uso di alcuni strumenti descrittivi e terapeutici, come i *Sistemi Motivazionali* e il *Triangolo Drammatico*, è molto agevolato nel contesto di gruppo dove è possibile lavorare sulle interazioni "qui ed ora", piuttosto che sugli avvenimenti evocati dal paziente e dove è possibile, sia per il terapeuta che per il paziente, osservare le interazioni degli altri, ricavandosi un tempo e uno

spazio di riflessione per l'elaborazione emotiva delle esperienze. In questo senso, sia la teoria dei SMI che il triangolo drammatico diventano strumenti terapeutici preziosi, in quanto si prestano molto efficacemente per essere utilizzati sia a scopo didattico che, soprattutto, per rileggere il *qui ed ora* delle interazioni tra pazienti (o tra paziente e terapeuta) all'interno del gruppo.

d) Il modello interpersonale

Il modello di gruppo cui ci si riferisce appartiene alla tradizione *intersoggettiva*. I due terapeuti sono coinvolti empaticamente e attivamente nel gruppo, favoriscono le interazioni e gli scambi interpersonali in funzione della fase evolutiva del gruppo stesso, facilitando in modo diretto l'analisi delle interazioni secondo la chiave di lettura fornita dalla teoria dei SMI. Il gruppo è inteso e definito con i pazienti come "microcosmo sociale": non è composto da *malati* alieni alla società, ma da *persone in difficoltà* che vivono, studiano, lavorano come tutte le altre. In questo senso, tra l'altro, si de-stigmatizza l'aspetto legato alla patologia a favore della possibilità di sperimentare *dentro il gruppo* ciò che poi potrà essere esportato *fuori dal gruppo*.

e) L'apprendimento interpersonale

Uno dei fattori terapeutici più importanti del gruppo (Yalom 1997) è *l'apprendimento interpersonale*. L'apprendimento può essere di tipo *didattico* (quando il terapeuta fornisce istruzioni didattiche utili sui meccanismi della comunicazione, della personalità, della motivazione, dell'emotività e di igiene mentale), del tipo *social skills training*, in cui l'apprendimento di tecniche di socializzazione è orientato e guidato dai terapeuti con esercizi strutturati e orientati allo scopo, e di tipo *implicito*, ovvero quello che scaturisce dalle interazioni libere e dirette tra pazienti. Quest'ultimo tipo di apprendimento è quello più potente e sul quale si concentra la maggiore attenzione da parte dei terapeuti. Lo sviluppo di abilità sociali è soltanto una delle variabili di un processo di apprendimento più ampio e articolato, che assume la forma di un'esperienza emozionale correttiva, che tende ad incidere in modo significativo sul *modello operativo interno* disfunzionale del paziente.

f) Tecniche cognitivo-comportamentali

Nell'ambito della terapia in doppio setting sono utilizzate tecniche e strumenti tipicamente cognitivo-comportamentali. In particolare, vengono assegnati dei compiti ai pazienti, come ad esempio redigere delle schede di auto-osservazione (ABC) rispetto a quanto accade nel gruppo o effettuare un auto-monitoraggio scritto rispetto ad episodi di mancato controllo degli impulsi. Viene inoltre effettuata una verifica periodica degli obiettivi predefiniti (ogni 6 mesi circa), con una eventuale ridefinizione scritta degli obiettivi in funzione dell'evoluzione della terapia.

Risultati

Analisi Descrittiva

La **tabella I** riassume le principali variabili socio-demografiche e cliniche. In sintesi si tratta di un campione di soggetti giovani (31 aa in media), in prevalenza di sesso femminile (65%), non coniugati (76%) e con un diploma di istruzione medio-superiore (64%). Un totale di 85 pazienti (78%) è stato trattato con il modello TCE integrato individuale-gruppo (TCE doppio-setting), mentre 24 soggetti (22%) sono stati trattati con TCE individuale. La durata media del trattamento è stata di 19 mesi nel gruppo TCE doppio setting e 14,5 mesi nel gruppo di controllo.

Tabella I: Variabili sociodemografiche, cliniche e anamnestiche

	TCE doppio setting N=85 (%)	TCE Individuale N=24 (%)
Età anni	31.4 +/-	30.4 +/-
Sesso		
Maschi	29 (66)	9 (62)
Femmine	56 (34)	15 (38)
Scolarità		
Elementare	-	-
Media	10 (12)	2 (8)
Superiore	53 (63)	17 (71)
Laurea	21 (25)	5 (21)
Stato civile		
Celibe/nubile	66 (79)	17 (71)
Coniugato/convivente	12 (15)	5 (21)
Separato/divorziato	5 (6)	2 (8)
Setting		
Privato	70 (83)	20 (17)
pubblico	14 (17)	4 (83)
Diagnosi in ASSE I		
Assenza	11 (13)	3 (12)
DCA	30 (35)	8 (33)
D. ANSIA, PANICO, FOBIE	14 (16.5)	3 (12)
D. DEPRESSIVI UNIPOLARI	23 (26)	8 (33)
D. DEPRESSIVI BIPOLARI II	3 (3.6)	0 (-)
D. DISSOCIATIVI	8 (9)	5 (21)
DOC	10 (13)	0 (-)
D. SOMATOFOFORMI	2 (2.5)	1 (4)
D. SESSUALI	6 (7.5)	0 (-)
ABUSO/DIPENDENZA DA SO- STANZE	7 (8.2)	6 (24)
Diagnosi in ASSE II		
Assenza	18(21)	2 (8)
DBP	30 (35) ^o	15 (62) ^o
Altri D. cluster B	11 (13)	2 (8)
D. Cluster C	13 (15)	2 (8)
D. Cluster A	4 (5)	1(4)
NAS	8 (9)	2 (8)
Polidiagnosi asse I/II	65 (77)	20 (83)

Farmacoterapia pregressa	46 (54) [°]	18 (75) [°]
Psicoterapie Pregarre con relativi drop-out		
SI	25 (37) [°]	11 (73) [°]
NO	43 (63)	4 (27)
Ricoveri pregressi	10 (13)	7 (30)
Auto-eterolesionismo pregresso	2.9 (+/-3.1)	3.6 (+/-3.3)
Abusi di farmaci/sostanze pregressi	1.4 (+/-2.7)*	3.2 (+/-3.3)*
VGF media (basale)	50(+/-7)	48(+/-5)
BASIS-32 media (basale)	66 (+/-15)*	74 (+/-13)*
QoL-I media (basale)	5.1 (+/-2)*	4 (+/-2.3)*
Stima della motivazione	2.6 (+/-1.1) [°]	1.7 (1.3) [°]

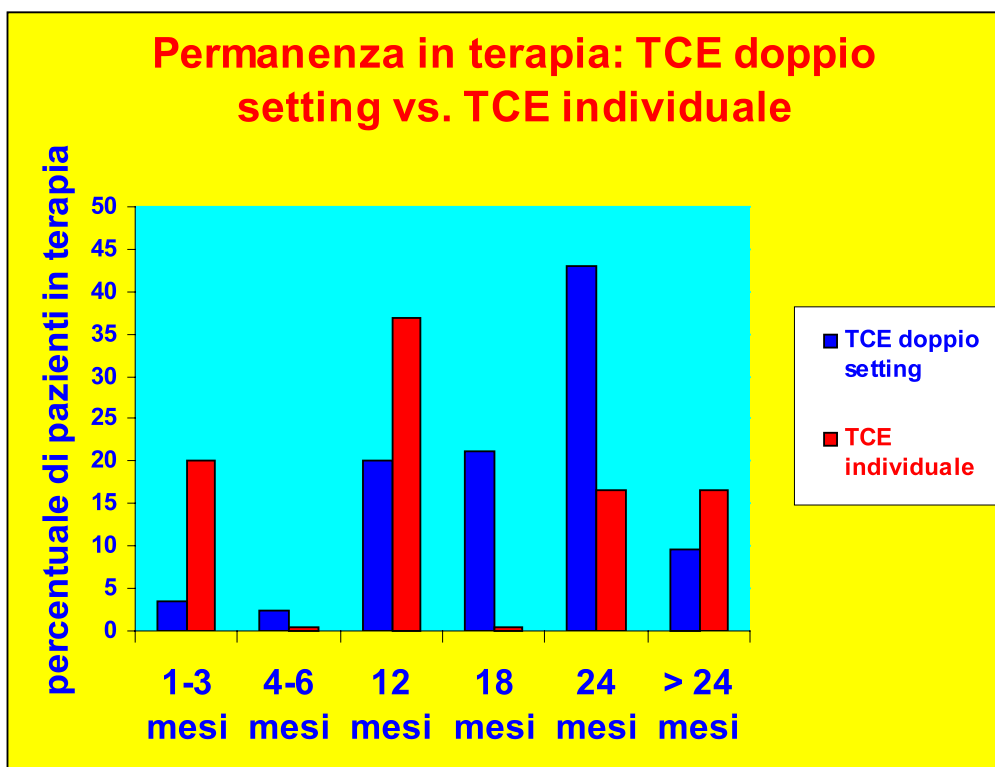
TCE-doppio setting vs. TCE-individuale (tutto il campione)

I valori iniziali di VGF, BASIS-32 e QoL-I, “ricoveri” e “pregressi trattamenti farmacologici” e “psicoterapici” e relativi “drop-out” sono diversi tra casi trattati con TCE doppio setting e casi trattati in individuale. I due gruppi sono diversi anche in relazione alla distribuzione della diagnosi di DBP, molto più frequente nel gruppo di controllo. Questi ultimi sembrano essere più gravi, con una maggiore propensione al drop-out e a comportamenti impulsivi e hanno una minore motivazione al trattamento. Le differenze osservate nel campione generale si spiegano molto probabilmente solo in funzione della differente distribuzione della diagnosi di DBP (tra TCE-doppio setting e TCE-individuale). Infatti, le stesse analisi condotte solo su pazienti con DBP in entrambi i gruppi (30 in doppio setting e 15 in individuale), non evidenziano più alcuna differenza per nessuna delle variabili esaminate.

Descrizione del drop-out su tutto il campione

L’analisi dei drop-out pregressi evidenzia una maggiore frequenza nel gruppo TCE-individuale (25/68 vs. 11/15; 37% vs. 73%, rispettivamente; $p < .01$, test Chi quadro). In corso di trattamento, il drop-out si concentra per l’86% dei casi entro i primi 12 mesi di terapia. La frequenza di drop-out in corso di trattamento è significativamente minore nel gruppo TCE-doppio setting (16/85 vs. 16/24; 19% vs. 65%, rispettivamente; $p < .001$, test Chi quadro).

Grafico 1: percentuale di pazienti che restano in terapia nell'arco dei 24 mesi di trattamento previsti (TCE doppio setting n=85; TCE individuale: n=24).



Descrizione del drop-out solo sui DBP

Data la disomogeneità rispetto alla distribuzione della diagnosi DBP nei due gruppi, la differenza osservata rispetto al drop-out è stata attribuita all'eccesso di DBP tra i controlli. Come atteso, infatti, i DBP mostravano differenze significative, rispetto a pazienti con altre diagnosi, in relazione a numerose variabili cliniche basali e anamnestiche (VGF, BASIS-32, abuso di sostanze, autolesionismo, stima della motivazione, drop-out pregressi), tutti potenziali indicatori di peggiore outcome. In particolare, il drop-out pregresso è assolutamente più frequente nei DBP rispetto al resto del campione, indipendentemente dal trattamento ricevuto nel corso dello studio.

L'analisi della frequenza di drop-out in corso di trattamento è stata dunque ripetuta solo sui DBP in entrambi i gruppi. Il gruppo di DBP trattati con TCE in doppio setting ha mostrato una frequenza di drop-out significativamente inferiore al gruppo TCE individuale (7/30 vs 9/15; 23% vs. 60%, rispettivamente; $p=.02$, test Chi quadro).

Punteggi pre-post trattamento su tutto il campione e solo sui DBP

La tabella II riassume l'andamento dei punteggi delle variabili cliniche e psicopatologiche nel gruppo TCE-doppio setting (n=85) e TCE-individuale (n=24).

Tabella II. *Punteggi VGF, BASIS-32, QoL-I, "autolesionismo", "abuso di sostanze/farmaci", a inizio studio e a 12, 18 e 24 mesi di trattamento (TCE-Doppio setting vs. TCE-Individuale).*

	TCE doppio setting	TCE individuale
VGF		
Basale	50 (+/-7)	48 (+/-5.3)
12 mesi	57 (+/-8)	54 (+/-5.3)
18 mesi	61 (+/-7.4)	58 (+/-5.4)
24 mesi	65 (+/-7.5)*	59 (+/-6.7)°
BASIS-32		
Basale	66 (+/-15)	74 (+/-13.7)
12 mesi	54 (+/-16.6)	58 (+/-18.3)
18 mesi	45 (+/-12.9)	37 (+/-4.7)
24 mesi	36 (+/-13.7)*	48 (+/-18.6)°
QoL-I		
Basale	5.1 (+/-2)	4 (+/-2.3)
12 mesi	6.7 (+/-1.7)	5.1 (+/-2)
18 mesi	8 (+/-1.6)	6.5 (+/-2)
24 mesi	8 (+/-1.5)*	6.6 (+/-2.7)§
Autolesionismo		
Basale	2.9 (+/-3.1)	3.6 (+/-3.3)
12 mesi	1.6 (+/-2)	2 (+/-2.4)
18 mesi	0.8 (+/-1.5)	1.6 (+/-1.9)
24 mesi	0.7 (+/-1.3)*	2.2 (+/-1.2)§
Abuso di sostanze		
Basale	1.4 (+/-2.7)	3.2 (+/-3.3)
12 mesi	0.8 (+/- 1.6)	1.8 (+/-1.7)
18 mesi	0.9 (+/-1.5)	1.1 (+/-2)
24 mesi	0.5 (+/-1.2)*	1.3 (+/-1.9)§

*significatività rispetto al basale: $p < .001$, t-test per dati appaiati

° significatività rispetto al basale: $p < .01$, t-test per dati appaiati

§ $p > .05$, n.s.; t-test per dati appaiati

Quanto osservato in tabella sottolinea il fatto che, i pazienti trattati con TCE-doppio setting vanno meglio dei soggetti trattati con TCE-individuale. Anche il sottogruppo di pazienti con DBP trattato con TCE- doppio setting evidenzia miglioramenti molto significativi dei punteggi VGF, BASIS-32 e QoL-I, 'autolesionismo' e 'abuso di sostanze' a fine trattamento (24 mesi), rispetto a quanto rilevato ad inizio trattamento (VGF iniziale vs. finale: 47 vs. 63; BASIS-32 iniziale vs. finale: 75 vs. 42; QoL-I iniziale vs. finale: 4,8 vs. 7,6; autolesionismo iniziale vs. finale: 5 vs. 1,2; abuso di sostanze iniziale vs. finale: 3,6 vs. 0,9; $p < .001$; t-test per dati appaiati). Inoltre, come sottolineato in precedenza, questi pazienti hanno evidenziato una percentuale di drop-out significativamente più bassa rispetto al sottogruppo di controllo. L'elevata percentuale di drop-out nei DBP trattati con TCE-individuale non rende possibile il confronto tra gruppi in relazione ai punteggi delle scale di valutazione e degli altri indicatori di esito.

Discussione

Alcune considerazioni circa i limiti dello studio sono doverose. L'assenza di randomizzazione limita la possibilità di inferenze sui risultati ottenuti, in quanto le variabili di potenziale confondimento, ovvero le variabili note (e ignote) come predittori di esito, non sono distribuite in modo casuale tra i due gruppi. L'assegnazione ai due gruppi in base alle preferenze, pur essendo una metodica utilizzata in studi controllati non randomizzati, rappresenta tuttavia un limite metodologico in quanto autoseleziona i soggetti per uno o per l'altro trattamento. Le differenze osservate tra i due gruppi in relazione alla distribuzione della diagnosi di DBP e ad altre variabili, potenziali predittori negativi di esito e/o di aumento del rischio di drop-out, sottolineano questo punto.

Il fatto che la valutazione dei soggetti sia stata un'eterovalutazione eseguita dagli stessi terapeuti che hanno condotto la terapia può rappresentare un ulteriore elemento che limita la possibilità di generalizzare la validità di alcuni dei risultati osservati. Il fatto che all'inizio dello studio sia stato effettuato un calcolo dell'accordo diagnostico tra valutatori che ha mostrato valori soddisfacenti ($k=0.78-0.81$), non esclude il rischio che i valutatori siano stati influenzati nelle loro stime dal fatto che erano anche i terapeuti coinvolti nello studio. L'analisi delle correlazioni dei punteggi tra valutatori, in relazione alle singole scale, non è stata effettuata poiché i dati relativi ad alcune sottoscale (BASIS-32) non sono ancora completi.

La disomogeneità diagnostica del campione (polimorfismo diagnostico) unitamente al fatto che per le diagnosi siano stati applicati i criteri del DSM-IV, ma non siano state utilizzate delle interviste diagnostiche strutturate, limita parzialmente l'attendibilità delle diagnosi, in particolare per quelle inerenti i disturbi di personalità. Bisogna, tuttavia, aggiungere che le diagnosi di DP sono state tutte discusse e revisionate da un autore congiuntamente ai colleghi che hanno formulato la diagnosi iniziale.

Sebbene due anni siano considerati un periodo congruo per ottenere e stabilizzare risultati apprezzabili in questo tipo di pazienti, il fatto che il trattamento possa prolungarsi secondo necessità introduce un elemento di incertezza, oltre che sulla durata anche sui costi, l'impegno del paziente e dei terapeuti, che non dovrebbe essere ignorato. Inoltre, il trattamento proposto è applicabile "solo" a pazienti in fase di parziale compenso psicopatologico e, in ogni modo, non in fase acuta o di grave deterioramento delle relazioni o delle capacità decisionali e/o motivazionali. Per questi casi è ineludibile una fase di trattamento residenziale.

L'esito non soddisfacente, soprattutto in termini di drop-out, osservato nel gruppo di controllo dipende in parte dal fatto che sono stati esclusi i pazienti che, non avendo potuto accedere al doppio setting di gruppo, hanno avuto accesso ad altro tipo di coterapia propriamente detta

(individuale-farmaci, doppia individuale, individuale- familiare). Il motivo dell'esclusione risiede nello scopo dello studio che è quello di confrontare una coterapia (TCE) integrata verso una terapia individuale.

È, infine, necessaria la costituzione di mini-equipe di terapeuti, stabili, affiatate e che condividano il modello teorico-clinico. Se uno di questi fattori dovesse venir meno, sarebbe difficile proseguire il trattamento senza ricadute negative sui pazienti e sulla qualità del lavoro.

Nonostante tutte le necessarie cautele nell'interpretazione dei risultati ottenuti, è possibile tuttavia trarre qualche indicazione interessante.

Lo studio di tipo semi-naturalistico controllato "fotografia" la realtà operativa e clinica nella quale svolgono la loro attività operatori diversi, dislocati in zone diverse di una città di circa quattro milioni di abitanti, con il vantaggio di fornire un gruppo di controllo che ha fruito delle stesse modalità di reclutamento (preselezione, invio, valutazione e presa in carico) e valutazione, indipendentemente dal tipo di trattamento ricevuto. Le scale di valutazione sono validate e di facile utilizzo da parte del terapeuta.

Il trattamento di controllo (terapia individuale ad indirizzo cognitivo-evoluzionista) è svolto dagli stessi operatori, presumibilmente animati dalla medesima motivazione e determinazione a "curare" un paziente difficile in un setting di pratica clinica ambulatoriale privata. L'unica differenza è relativa al fatto che, dopo le opportune delucidazioni e spiegazioni relative ai metodi, il paziente compie la sua scelta, spesso in base a fattori indipendenti dalla sua volontà (come ad esempio l'incompatibilità degli orari del gruppo attivo in quel momento con gli orari di lavoro del paziente). In questo senso il trattamento individuale è da considerarsi un intervento specialistico, erogato da terapeuti esperti, ma si differenzia per il fatto di non aver incluso alcuna forma di coterapia strutturata. Ciò lo differenzia molto dal c.d. TAU (*treatment as usual*), utilizzato per i controlli negli studi sull'efficacia della DBT che, a ben vedere, consiste in una prestazione sanitaria psichiatrica d'ordine piuttosto generico e scadente dato il tipo di pazienti (Gunderson 2003).

La numerosità del campione, con tutti i limiti menzionati sopra, rende al meglio l'idea della variabilità intrinseca alla realtà clinica e socio-demografica nella quale si opera in psicoterapia ambulatoriale privata. Da aggiungere che la maggioranza delle psicoterapie, almeno a Roma, è effettuata presso studi professionali privati e che non esistono, al di fuori dei DSM, strutture convenzionate in grado di assorbire la domanda di psicoterapia per questo tipo di pazienti. I costi del trattamento sono stati contenuti, allo scopo di evitare per quanto possibile, una preselezione in base al ceto sociale. Il trattamento è relativamente agile, duttile, fruibile sia in termini di tempo che d'impegno per la stragrande maggioranza dei pazienti. In questo senso, si può affermare che l'intervento TCE-doppio setting sia "*cost-effective*". Nell'ambito del pacchetto offerto è previsto che il paziente, se necessario, possa fare una o due sedute individuali al mese in più, così come possa rivolgersi al coterapeuta di gruppo per una eventuale farmaco-terapia (in questo senso, sarebbe meglio che l'equipe sia formata da uno psicologo/a e uno/a psichiatra). La copresenza dei terapeuti facilita il contatto e lo scambio sull'andamento della terapia di gruppo, ma anche di quella individuale (aspetto assolutamente centrale e necessario per il buon andamento del trattamento).

Se da un lato il polimorfismo diagnostico-categoriale rappresenta un limite metodologico per trarre inferenze chiare sugli effetti del trattamento su specifiche categorie di pazienti, è altrettanto vero che, come sottolineato nell'introduzione, la comorbilità è una realtà clinica prevalente in questi pazienti. Il modello teorico, nonché l'ipotesi di lavoro adottata dagli autori, non solo tiene conto di questa variabilità, ma la inserisce in un contesto teorico-clinico in cui la molteplicità della diagnosi (o meglio alcune forme molto frequenti di comorbilità, ad es. "DCA, DD, panico") possono essere considerate l'espressione psicopatologica di un modello operativo interno compatibile con il costrutto della Disorganizzazione dell'Attaccamento.

Per il futuro, anche allo scopo di stimolare la riflessione sull'importanza delle "coterapie" propriamente dette nel trattamento di pazienti difficili, potrebbe essere interessante fare un confronto tra: a)

pazienti in coterapia TCE individuale-gruppo; b) pazienti trattati con altra co-terapia TCE (es. individuale-farmaci); c) pazienti trattati con TCE individuale semplice.

Bibliografia

- Agrawal H.R., Gunderson J., Holmes B.M., Lyons-Ruth K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Reviews of Psychiatry*, 12, 94-104.
- Bateman A., Fonagy P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-9.
- Bateman A., Fonagy P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman A., Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press, New York.
- Battle C.L., Shea M.T., Johnson D.M., Yen S., Zlotnick C., Zanarini M.C., Sanislow C.A., Skodol A.E., Gunderson J.G., Grilo C.M., McGlashan T.H., Morey L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Personal Disord.*, Apr, 18(2), 193-211.
- Bohus M., Haaf B., Stiglmayr C., Pohl U., Bohme R., Linehan M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: a prospective study. *Behavioral Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Eisen S.V., Dill D.L., Grob M.C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 242-247.
- Eisen S.V., Wilcox M., Leff H.S., Schaefer E., Culhane M.A. (1999). Assessing behavioral health outcomes in outpatient programs: reliability and validity of the BASIS-32. *Journal of Behavioral Health Service Research*, 26, 5-17.
- Fassino S., Leombruni P., Piero A., Abbate-Daga G., Giacomo Rovera G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *Journal Psychosomatic Reserach*, 54, 559-66.
- Fassone G., Ivaldi A., Rocchi M.T. (2003). Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità: risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitivo-comportamentale integrata, individuale e di gruppo. *Rivista di Psichiatria*, 38, 241-246.
- Fassone G., Mazzotti E., Trincia V., Pasquini P. (2002). Il trauma psicologico infantile in Italia: risultati preliminari su un campione di 273 pazienti psichiatrici afferenti al servizio sanitario nazionale. *Rivista di Psichiatria*, 37 (6), 290-296.
- Gunderson J. (2003). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2001). American Psychiatric Publishing, Washington D.C. Tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ivaldi A., Fassone G., Intreccialagli B. (1998). *Psicoterapia individuale e psicoterapia di gruppo: contesti integrabili*. Atti del Simposio "Psicoterapia del paziente grave: integrazione dell'identità", Atti del IX Congresso Nazionale Società italiana di Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, SITCC, Torino, 12-15 novembre.
- Ivaldi A., Fassone G., Intreccialagli B. (2000). *Setting individuale e di gruppo: considerazioni critiche di un'esperienza terapeutica*. Atti del X Congresso Nazionale SITCC: La psicoterapia fondata sulle evidenze: metodi, protocolli ed esiti. Orvieto, 16-19 Novembre.

- Leichsering F., Leibing E. (2003). The effectiveness of psychodynamic and cognitive-behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Linehan M., Armstrong H., Suarez A., Allmon D., Heard H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan M., Heard H., Armstrong H. (1993). Naturalistic follow-up of behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan M., Tutek D., Heard H., Armstrong H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Linehan M., Schmidt H., Dimeff L., Craft J., Kanter J., Comtois K. (1999). Dialectical behavioral therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8, 279-292.
- Liotti G., Pasquini P., Fassone G., Cirrincione R., Mazzotti E. et al. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patient's early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282-289.
- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Oldham J.M., Skodol A.E., Kellman H.D., Hyler S.E., Doidge N., Rosnick L., Gallaher P.E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 571-578.
- Paris J. (1994). *Borderline Personality Disorder: A multidimensional approach*. American Psychiatric Press, Washington D.C..
- Pasquini P., Liotti G., Mazzotti E., Fassone G., Picardi A. et al. (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 110-116.
- Rocchi M. T., Ivaldi A. (2002). Il confine, oltre il confine. Simposio: Setting, confini, relazione: presupposti teorici e riflessioni cliniche. Atti del XI Congresso Nazionale SITCC, Bologna.
- Rosenvinge J.H., Martinussen M., Ostensen E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Solomon J., Gorge C. (1999). *Attachment Disorganization*. Guilford Press, New York.
- van Hanswijck de Jonge P., Van Furth E.F., Lacey J.H., Waller G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33, 1311-1317.
- Yalom I. (1997). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Zanarini M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Dubo E.D., Sickel A.E., Trikha A., Levin A., Reynolds V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.