

La terapia combinata con psicoterapia interpersonale della depressione maggiore: confronto tra pazienti con disturbo borderline di personalità e pazienti con altre diagnosi di Asse II

Combined therapy with interpersonal psychotherapy of major depressed patients: comparison between patients with borderline personality disorder and patients with other personality disorders

S. BELLINO
M. ZIZZA
R. DI LORENZO
C. RINALDI
F. BOGETTO

Struttura Complessa di Psichiatria a
Direzione Universitaria, Dipartimento
di Neuroscienze, Università di Torino

Key words

Major depressive disorder • Borderline personality disorder • Combined therapy • SSRI • Interpersonal psychotherapy

Correspondence: Dr. Silvio Bellino,
SCDU di Psichiatria, Dipartimento
di Neuroscienze, Università di Torino,
via Cherasco 11, 10126 Torino,
Italy
Tel. +39 011 6634848
Fax +39 011 673473
E-mail: silvio.bellino@unito.it

Summary

Objective

The aim of the study is to compare the efficacy of combined therapy (selective serotonergic drug – SSRIs, plus interpersonal psychotherapy – IPT) in two groups of patients with a diagnosis of major depressive episode (MDE) and different Axis II codiagnosis: borderline personality disorder (BPD) versus other personality disorders. Efficacy has been assessed considering symptom improvement, problems in interpersonal relationships and subjective quality of life.

Methods

Fifty-six consecutive outpatients were included. Eight patients dropped out for non-compliance in the first four weeks. Forty-eight subjects completed 6 months of treatment with three SSRIs that display the same results in treating depression: 21 patients received citalopram 20-40 mg/day, 14 patients sertraline 50-100 mg/day and 13 fluoxetine 20-40 mg/day. No significant baseline differences were found among groups. All patients were contemporarily treated with IPT (1 session/week).

Statistical analysis of variance (ANOVA) was performed to assess the effects of the length of treatment and Axis II codiagnosis on the score change of the rating scales.

Results

Statistical analysis showed that combined therapy was efficacious in both groups considering the most of psychometric measures.

Patients with BPD showed poorer results when measuring changes of global symptomatology at CGI (Tab. I), psychological functioning at the Satisfaction Profile (SAT-P) (Tab. II), «domineering/controlling» and «cold/distant» domains at the Inventory for Interpersonal Problems (IIP-64) (Tab. III).

Conclusions

Our results indicate that the efficacy of combined therapy with IPT in treating patients with major depression is only partly affected by the type of Axis II codiagnosis, in particular a concomitant BPD.

Introduzione

I recenti studi epidemiologici sul disturbo borderline di personalità (DBP) riportano in modo concorde elevati tassi di comorbidità con numerosi disturbi di Asse I. Tutti gli Autori indicano che la condizione di comorbidità più frequente interessa il disturbo depressivo maggiore, con valori che oscillano dal 53 all'86%¹⁻⁴. In un nostro precedente studio abbiamo

riscontrato, in sostanziale accordo con altri gruppi di ricerca⁵⁻⁸, che i pazienti con DBP che manifestano i sintomi di un episodio depressivo maggiore non psicotico e non bipolare presentano rilevanti caratteristiche differenziali rispetto alla depressione maggiore che si sovrappone ad altri disturbi di personalità: i sintomi depressivi valutati dal paziente sono più gravi; le condotte autolesive sono più frequenti; la compromissione del funzionamento socio-relazionale

le è più grave; l'età d'esordio della depressione è più precoce; la familiarità per disturbi dell'umore è più frequente⁹. Questi risultati e quelli analoghi della letteratura suggeriscono che l'associazione di depressione maggiore e DBP rappresenti l'espressione clinica di meccanismi fisiopatologici comuni che determinano una peculiare entità psicopatologica. In ogni caso, un'associazione clinica così frequente richiede di mettere a punto strategie terapeutiche mirate, procedendo a partire dagli strumenti ritenuti attualmente efficaci per trattare la depressione e il DBP e verificandone l'efficacia quando le due condizioni si sovrappongono nello stesso paziente.

Per quanto riguarda la terapia sia del disturbo depressivo maggiore che del disturbo borderline di personalità, si è delineata negli ultimi anni la tendenza a ricorrere con sempre maggiore frequenza a interventi combinati. Il trattamento combinato dei disturbi psichiatrici consiste nella prescrizione simultanea o sequenziale di farmacoterapia e di psicoterapia. Sono stati individuati alcuni benefici potenziali che la terapia combinata presenta in confronto agli interventi singoli: la riduzione dei sintomi e il conseguente aumento dell'autostima del paziente, il miglioramento dell'accesso cognitivo e verbale alla psicoterapia, la mobilitazione e il miglioramento delle risorse e delle funzioni dell'io quali memoria, pensiero, attenzione e concentrazione. Inoltre, l'associazione del farmaco alla psicoterapia può coadiuvare l'alleanza terapeutica migliorando l'espressione delle emozioni e dei sentimenti, permettere l'allentamento delle difese e ridurre le resistenze^{10,11}.

Pertanto, la terapia combinata è stata raccomandata dalle linee guida dell'APA¹² come trattamento d'elezione per la cura della depressione. L'efficacia della terapia combinata in confronto ai trattamenti singoli è stata indagata recentemente da diversi gruppi di studio che hanno prevalentemente riscontrato una efficacia superiore ai trattamenti singoli farmacologici e psicoterapici¹³⁻¹⁷. Le linee-guida ed i recenti studi clinici indicano che la terapia combinata che associa i farmaci antidepressivi e la psicoterapia impostata secondo i principali orientamenti teorici può essere prospettata come trattamento d'elezione anche nel disturbo borderline di personalità¹⁸⁻²⁴.

Per quanto riguarda la scelta del modello psicoterapico appropriato per la cura della depressione maggiore, le linee guida dell'APA¹² indicano interventi brevi o più propriamente limitati nel tempo, comprendenti un numero complessivo di circa 20-30 sedute. Gli orientamenti teorici prevalenti comprendono le tecniche comportamentali (BT), la terapia cognitiva (CT), la psicoterapia psicodinamica breve (BPT) e la psicoterapia interpersonale (IPT). L'IPT è stata oggetto di particolare attenzione, poiché è stata originariamente proposta dal gruppo di Klerman²⁵ per il trattamento della depressione maggiore. Si è quindi

svilupata una serie di ricerche sull'efficacia clinica dell'IPT che ha permesso di verificare in modo sufficientemente approfondito e attendibile i risultati di questa modalità psicoterapica nel trattamento della depressione unipolare e di confrontarli con gli altri modelli di psicoterapia breve e con la farmacoterapia antidepressiva. Esaminando i dati di tali studi, emerge che l'IPT risulta:

- equivalente o più efficace di altri interventi psicoterapici (terapia psicodinamica breve, terapia cognitivo-comportamentale)²⁶;
- equivalente alla farmacoterapia con antidepressivi triciclici^{26,27};
- dotata di maggiore rapidità di azione sui sintomi depressivi e sul funzionamento globale in confronto alla farmacoterapia con sertralina (134,4 ± 35,2 mg/die)²⁸;
- efficace nella terapia di mantenimento per prevenire le ricorrenze degli episodi depressivi²⁹⁻³¹.

Risultano invece meno approfondite le indicazioni della letteratura riguardanti l'applicazione dei singoli modelli di psicoterapia nei pazienti che presentano disturbi di personalità³²⁻³⁵. In particolare, per quanto riguarda il disturbo borderline di personalità, le indicazioni della letteratura sono più controverse circa l'applicazione dei singoli modelli psicoterapici^{24,33-44}. Ciò è verosimilmente riferibile all'eterogeneità dei fattori eziopatogenetici, delle manifestazioni cliniche associate e delle variabili ambientali del disturbo, che rende difficile identificare uno specifico approccio terapeutico generalmente applicabile. I contributi più recenti su questo tema provengono da review e proposte di linee-guida, che sostengono la necessità di ricorrere nel trattamento del DBP ad un approccio psicoterapico integrato che si avvalga di elementi di varia provenienza teorica e metodologica (interpersonale, cognitivo-comportamentale, psicodinamica, supportiva), con lo scopo di esercitare azioni mirate sulle singole dimensioni psicopatologiche del disturbo. Tecniche di derivazione interpersonale sono considerate utili soprattutto per modulare l'instabilità e la discontinuità relazionale che risultano caratteristiche dei soggetti borderline^{20,21,34}.

Uno studio recente di Kool et al.²³ ha rilevato che la terapia combinata è più efficace della farmacoterapia singola per il trattamento della depressione maggiore nel caso in cui sono presenti disturbi di personalità. Ci siamo quindi proposti di verificare questi dati in un gruppo di pazienti in cui la depressione maggiore è associata al disturbo di personalità borderline⁹. I risultati indicano che la terapia combinata (citalopram 20-40 mg/die + IPT) risulta più efficace della farmacoterapia singola sotto molteplici aspetti, sia di tipo sintomatologico che funzionale.

Rimane tuttavia da chiarire se i risultati ottenuti con la terapia combinata nella depressione maggiore sono altrettanto favorevoli nei pazienti in cui è presen-

te il DBP rispetto a quelli con altri disturbi di personalità, nonostante la gravità e la complessità della patologia borderline. Nel presente studio ci siamo quindi posti l'obiettivo di confrontare l'efficacia della terapia combinata in questi due gruppi di pazienti, stimando i risultati in termini di miglioramento dei sintomi, delle difficoltà interpersonali e del grado di soddisfazione soggettiva della qualità di vita.

Materiali e metodi

Nello studio sono stati arruolati 56 pazienti ambulatoriali consecutivi che afferiscono al Servizio per i Disturbi di Personalità della Struttura Complessa di Psichiatria dell'Università di Torino. Al momento della prima visita i pazienti hanno presentato una diagnosi di disturbo di personalità e hanno quindi manifestato un episodio depressivo maggiore. Le diagnosi di Asse I e II sono state formulate da uno psichiatra esperto e sono state confermate applicando l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Asse I e II del DSM-IV (SCID I e SCID II)⁴⁵⁻⁴⁶.

Sono stati esclusi i pazienti con una codiagnosi lifetime, supportata da sufficiente documentazione clinica, di: demenza, delirium o altri disturbi cognitivi; schizofrenia o altri disturbi psicotici; disturbo bipolare; abuso di sostanze nei 6 mesi precedenti l'inizio dello studio. Sono stati inoltre esclusi pazienti che avevano già eseguito una psicoterapia strutturata o che, al momento dell'ingresso nello studio, assumevano farmaci differenti da quelli previsti dal nostro protocollo di trattamento. Tutti i soggetti inclusi nello studio hanno firmato un modulo predisposto per il consenso informato. I pazienti sono stati suddivisi in due sottogruppi: 17 soggetti (35,4%) presentano una diagnosi di disturbo borderline di personalità e 31 (64,6%) un'altra diagnosi di Asse II. I disturbi di personalità più frequenti in questo sottogruppo appartengono al cluster C e più precisamente sono il disturbo ossessivo-compulsivo (35,3%), il disturbo evitante (26,5%) e il disturbo dipendente (20,6%).

Tutti i pazienti sono stati trattati per 24 settimane con una terapia combinata che comprende la psicoterapia interpersonale con sedute a frequenza settimanale e uno di tre antidepressivi serotoninergici ritenuti equivalenti nella terapia della depressione maggiore⁴⁷⁻⁴⁹: citalopram 20-40 mg/die (21 soggetti), sertralina 50-100 mg/die (14 soggetti) e fluoxetina 20-40 mg/die (13 soggetti). La farmacoterapia è stata prescritta dallo psichiatra esperto; la psicoterapia è stata condotta da due psicoterapeuti secondo il manuale di riferimento per l'IPT²⁵.

I pazienti sono stati valutati al baseline (T0), dopo 12 settimane di trattamento (T1) e al termine dello studio (T2), da uno sperimentatore che non era a cono-

scenza delle codiagnosi di Asse II. La valutazione è stata eseguita al baseline applicando:

- un'intervista semistrutturata per le caratteristiche demografiche e cliniche (età, genere, età d'esordio del primo episodio depressivo maggiore e durata del disturbo dell'umore, numero di episodi depressivi maggiori, familiarità per i disturbi dell'umore e dell'ansia);
- la *Clinical Global Impression* (CGI)⁵⁰, item di gravità, per la valutazione del livello di sintomatologia globale;
- le scale di Hamilton per l'ansia e per la depressione (punteggio calcolato sui primi 17 item) (HAM-A e HAM-D)⁵¹⁻⁵²;
- il *Satisfaction Profile* (SAT-P)⁵³, uno strumento di autovalutazione costituito da 32 scale analogiche, per valutare la qualità della vita in termini di grado di soddisfazione soggettiva;
- l'*Inventory for Interpersonal Problems* nella versione a 64 item (IIP-64)⁵⁴, un questionario auto-amministrato per indagare le aree problematiche nell'ambito delle relazioni interpersonali.

La valutazione è stata ripetuta a T1 e T2 con le scale CGI, HAM-D, HAM-A, SAT-P e IIP-64.

L'analisi statistica dei risultati è stata condotta usando il programma informatico SPSS, versione 12.0 (SPSS Inc., 2003). È stata applicata l'analisi della varianza (ANOVA) per misure ripetute, per stimare l'effetto dei fattori durata del trattamento e diagnosi di Asse II sul cambiamento dei punteggi delle scale.

Risultati

Fra i 56 pazienti arruolati, si sono verificati 8 casi di drop-out (14,3%) nelle prime quattro settimane per insufficiente aderenza al trattamento. È stato escluso, in base alla valutazione clinica dello psichiatra esperto, che la non compliance fosse secondaria alla comparsa di effetti collaterali.

Non si sono rilevate differenze significative di età, genere, età d'esordio e durata di malattia, numero degli episodi depressivi fra i tre sottogruppi trattati con farmaci diversi, né nel gruppo arruolato inizialmente, né in quello che ha completato il periodo di trattamento.

Il campione presenta un'età media di $27,2 \pm 4,6$ anni. 32 (66,7%) sono di genere femminile e 16 (33,3%) di genere maschile.

I risultati dell'ANOVA univariata applicata alla scala di valutazione globale e alle scale sintomatologiche per l'ansia e la depressione sono riportati nella Tabella I. Dal confronto tra i due sottogruppi, per quanto riguarda la scala CGI abbiamo rilevato una differenza significativa sia per il fattore tempo ($p = 0,001$) che per il tipo di diagnosi ($p = 0,013$), mentre per le scale di Hamilton per la depressione e per l'ansia la

Tab. I. Risultati dell'ANOVA per misure ripetute applicata alle scale per i sintomi psichiatrici. I fattori considerati sono tempo di trattamento e tipo di diagnosi di Asse II. *Results of ANOVA for repeated measures used for psychiatric symptom rating scales. Factors tested were length of treatment and Axis II diagnosis.*

	DP	T0 m ± ds	T1 m ± ds	T2 m ± ds	p
CGI	DBP	3,7 ± 0,5	2,8 ± 0,6	2 ± 0,8	tempo 0,001
	altri DP	3,4 ± 0,5	2,6 ± 0,5	1,8 ± 0,6	diagnosi 0,013
HAM-D	DBP	18 ± 2,4	13,7 ± 3,2	9,7 ± 2,9	tempo x diagnosi n.s.
	altri DP	17,6 ± 2	13,8 ± 1,7	9,2 ± 2,7	tempo 0,0005
HAM-A	DBP	15,4 ± 2,6	13,2 ± 4,3	8,7 ± 3,3	diagnosi n.s.
	altri DP	16,2 ± 4,7	12,8 ± 3,7	10 ± 4	tempo x diagnosi n.s.

DP = Disturbi di personalità.

differenza significativa riguarda solo il fattore tempo (rispettivamente $p = 0,0005$ e $p = 0,001$).

I risultati ottenuti per le scale del *Satisfaction Profile* (SAT-P) sono riportati in Tabella II. Si può notare che in entrambi i sottogruppi è presente una differenza significativa per quanto riguarda il fattore tempo nei domini funzionalità psicologica ($p = 0,0005$), sonno/alimentazione/tempo libero ($p = 0,0005$) e funzionalità sociale ($p = 0,0005$), mentre per quanto riguarda il fattore diagnosi la differenza è significativa solo per il dominio funzionalità psicologica ($p = 0,001$).

I risultati dell'ANOVA ottenuti alle scale dell'*Interpersonal Inventory Problem* (IIP-64) sono descritti nella Tabella III. I dati mostrano una differenza significativa del fattore tempo per i domini dominante/controllante ($p = 0,004$), vendicativo/autocentrato

($p = 0,001$), freddo/distante ($p = 0,007$), socialmente inibito ($p = 0,001$) e intrusivo richiedente ($p = 0,003$). Per quanto riguarda il fattore diagnosi, si osserva all'IIP-64 una differenza significativa per i due domini dominante/controllante ($p = 0,001$) e freddo/distante ($p = 0,004$).

Conclusioni

I risultati di questo studio contribuiscono a indagare l'efficacia della terapia combinata con antidepressivi serotoninergici e psicoterapia interpersonale in termini di miglioramento dei sintomi, delle difficoltà interpersonali e del grado di soddisfazione soggettiva, confrontando due sottogruppi di pazienti ambulatoriali depressi: il primo con codiagnosi di disturbo

Tab. II. Risultati dell'ANOVA per misure ripetute applicata ai fattori della scala SAT-P per la qualità di vita soggettiva. I fattori considerati sono tempo di trattamento e tipo di diagnosi di Asse II. *Results of ANOVA for repeated measures used for SAT-P factors for subjective quality of life. Factors tested were length of treatment and Axis II diagnosis.*

	DP	T0 m ± ds	T1 m ± ds	T2 m ± ds	p
Funzion. psicol.	DBP	41,4 ± 14	50,1 ± 12	63,1 ± 11,1	tempo 0,0005
	altri DP	35 ± 9,5	43,7 ± 12,6	56,3 ± 13,6	diagnosi 0,001
Sonno/Aliment.	DBP	43,5 ± 19,9	51,5 ± 19,2	57,8 ± 18,6	tempo x diagnosi n.s.
	altri DP	46 ± 13,8	50,7 ± 16	60,3 ± 16,9	tempo 0,0005
Funzion. sociale	DBP	37,8 ± 9,8	47,6 ± 13,5	58,1 ± 14	diagnosi n.s.
	altri DP	41,7 ± 15,6	47,2 ± 16,9	52 ± 16,4	tempo x diagnosi n.s.

DP = Disturbi di personalità.

Tab. III. Risultati dell'ANOVA per misure ripetute applicata ai domini dell'intervista IIP-64 per i problemi delle relazioni interpersonali. I fattori considerati sono tempo di trattamento e tipo di diagnosi di Asse II. *Results of ANOVA for repeated measures used for domains of IIP-64 for problems in interpersonal relationships. Factors tested were length of treatment and Axis II diagnosis.*

	DP	T0 m ± ds	T1 m ± ds	T2 m ± ds	p
Dominante/Controllante	DBP	80,8 ± 12,9	76,5 ± 11,8	74,2 ± 11,5	tempo 0,004
	altri DP	74,8 ± 10,4	71,7 ± 9,6	66,1 ± 10,2	diagnosi 0,001 tempo x diagnosi n.s.
Vendicativo/Autocentrato	DBP	79,2 ± 12,7	72,7 ± 13,2	67,3 ± 13,2	tempo 0,001
	altri DP	76,1 ± 9,1	70,4 ± 9,6	66,4 ± 8,9	diagnosi n.s. tempo x diagnosi n.s.
Freddo/Distante	DBP	70,3 ± 12,3	66 ± 11	59,2 ± 9,2	tempo 0,007
	altri DP	75 ± 14	70,2 ± 13,8	69,2 ± 16,2	diagnosi 0,004 tempo x diagnosi n.s.
Socialmente inibito	DBP	73 ± 12	67,9 ± 10,6	59,7 ± 9,2	tempo 0,001
	altri DP	75,9 ± 8,8	71,4 ± 9,4	68,7 ± 10,4	diagnosi n.s. tempo x diagnosi n.s.
Intrusivo/Richiedente	DBP	72,1 ± 10,4	66,9 ± 10,5	63,8 ± 9,5	tempo 0,003
	altri DP	71,3 ± 11,8	67,7 ± 8,2	65,2 ± 10,4	diagnosi n.s. tempo x diagnosi n.s.

borderline di personalità, il secondo con altri disturbi di personalità. Si pone infatti il problema di capire se la terapia combinata, che potrebbe delinearci come un intervento di scelta in pazienti depressi con disturbo borderline di personalità⁹, possa esercitare in questi soggetti con una patologia della personalità così complessa e difficile da trattare un effetto di entità paragonabili a quello che si manifesta in soggetti depressi con altre codiagnosi di Asse II. I dati da noi ottenuti nei casi che hanno completato i sei mesi di terapia indicano che nel complesso la risposta terapeutica del sottogruppo con disturbo borderline è favorevole e può essere paragonata al gruppo di controllo, anche se emergono alcune differenze specifiche.

Prendendo in esame i singoli risultati, si nota una discrepanza fra la valutazione globale con la CGI e quella della sintomatologia depressiva e ansiosa con le due scale di Hamilton. Infatti, solo nel caso della CGI l'analisi della varianza mette in evidenza un effetto significativo del tipo di diagnosi, con risultati che risultano meno favorevoli nel sottogruppo con disturbo borderline. Una possibile spiegazione di questo risultato consiste nel fatto che la valutazione eseguita con la CGI riguarda le manifestazioni psicopatologiche nel loro complesso, comprendendo sia i sintomi dell'episodio depressivo sia quelli preesistenti che esprimono le profonde alterazioni della personalità borderline. Si può quindi supporre che, mentre i sintomi di depressione e ansia migliorino in misura analoga in entrambi i gruppi, altri elementi psicopatologici dei soggetti con DBP siano più resi-

stenti al trattamento. In altri termini, possiamo ritenere che un episodio depressivo maggiore risponda favorevolmente alla terapia combinata senza che l'entità della risposta sia inficiata in modo determinante dalla concomitanza di un disturbo borderline di personalità. È importante sottolineare che tali risultati sono stati ottenuti in pazienti che hanno completato il periodo di trattamento e che in effetti uno dei problemi che si incontrano più frequentemente nei soggetti borderline è quello di un'adeguata compliance. Tuttavia, almeno nei casi da noi esaminati, i drop-out dovuti a scarsa compliance non hanno una frequenza diversa a seconda della codiagnosi di Asse II: questo dato suggerisce che il problema della compliance non ha esercitato effetti rilevanti sul confronto fra i due gruppi del nostro studio.

Per quanto riguarda i fattori del Satisfaction Profile, cioè la misura dei diversi aspetti della qualità di vita soggettiva, fra i due sottogruppi sono riconoscibili molteplici differenze rispetto al fattore tempo di trattamento, mentre è riconoscibile una differenza significativa rispetto al tipo di diagnosi solo per quanto riguarda il fattore «funzionalità psicologica», che comprende alcuni elementi del vissuto del paziente percepiti in termini di equilibrio e integrità psichica. In base ai nostri risultati si osserva un miglioramento per il gruppo con altri disturbi di personalità, mentre questo dominio non subisce cambiamenti per il gruppo dei pazienti borderline. Sembra quindi che i soggetti borderline mantengano un persistente senso di insoddisfazione rispetto al funzionamento della propria vita psichica, come se questa fosse sempre con-

dizionata negativamente da elementi di incompletezza, sentimenti di inadeguatezza, vissuti di instabilità e di vuoto.

Il dato che gli effetti della terapia combinata siano meno favorevoli nei soggetti depressi con disturbo borderline di personalità considerando solo alcuni aspetti di carattere funzionale e personale, è confermato dai risultati che abbiamo ottenuto sulle aree problematiche delle relazioni interpersonali. Sono state anche in questo caso individuate differenze rispetto al fattore tempo di trattamento per la maggior parte dei domini dell'IIP e questo risultato è indicativo di un risultato favorevole del trattamento nell'intero gruppo di pazienti. Sono invece solo due le dimensioni, «dominante/controllante» e «freddo/distante», che presentano una variazione significativa rispetto alla diagnosi, con miglioramenti di entità minore nei pazienti borderline. Questi dati possono essere spiegati dalla complessa psicopatologia di questi soggetti, in particolare dall'estrema difficoltà di costruire relazioni interpersonali adeguate, dalla incapacità di modulare le distanze, dalle angosce di abbandono. È quindi possibile che una psicoterapia limitata nel tempo come quella interpersonale possa contribuire al trattamento della depressione anche in questo particolare tipo di pazienti difficile da trattare, ma che incontri maggiori difficoltà ad incidere sulle caratteristiche più specifiche e radicate della struttura di personalità. In effetti, l'indicazione specifica della psicoterapia interpersonale riguarda il trattamento della depressione maggiore in intervento singolo o combinato con i farmaci, ma non il rimodellamento del profilo di personalità.

I dati raccolti nel nostro campione indicano che la terapia combinata con psicoterapia interpersonale è in grado di produrre risultati efficaci nei pazienti con depressione maggiore senza che la frequente diagnosi di disturbo borderline di personalità abbia effetti sensibilmente negativi dal punto di vista sintomatologico e per la maggior parte dei fattori considerati, anche funzionale. Le differenze riscontrate riguardano piuttosto alcune caratteristiche psicologiche in stretto rapporto con la struttura della persona-

lità, che verosimilmente richiedono nei pazienti borderline una psicoterapia del profondo con sedute più ravvicinate e di durata protratta. I dati ottenuti confermano quindi l'indicazione ad applicare la terapia combinata con psicoterapia interpersonale nei pazienti depressi maggiori, per trattare l'episodio di flessione timica indipendentemente dalla diagnosi di Asse II. Infatti, la presenza di un grave disturbo di personalità in comorbilità con l'episodio depressivo maggiore non sembra indurre una resistenza dei sintomi dell'umore all'intervento terapeutico.

Purtroppo, al momento non sono disponibili altri studi che permettano di confrontare e verificare i nostri risultati. Il recente studio di Kool et al.²³ sostiene che la terapia combinata è più efficace della farmacoterapia selettivamente nei pazienti depressi che presentano un disturbo di personalità. Queste conclusioni sono in linea di massima compatibili con i nostri dati, ma i due studi non sono confrontabili. Innanzitutto, i nostri pazienti hanno tutti una diagnosi di Asse II e sono confrontati in base alla presenza di un disturbo borderline o di altri disturbi di personalità. Noi abbiamo compiuto tale scelta ritenendo che in tutti i casi una diagnosi di Asse II complichino in modo rilevante il quadro clinico e l'intervento terapeutico e che il confronto dei risultati di una particolare modalità di trattamento debba essere compiuto fra disturbi di personalità differenti. Un corollario di queste considerazioni è che lo studio di Kool et al. non fornisce informazioni selettivamente orientate sulla patologia borderline. Un'altra differenza importante riguarda la scelta della tecnica di psicoterapia, che nello studio di Kool è una psicoterapia dinamica breve supportiva.

Non siamo a conoscenza di altri studi recenti che valutino la terapia combinata della depressione maggiore tenendo conto dei disturbi di personalità concomitanti. Per poter trarre indicazioni conclusive dei nostri dati è quindi indispensabile disporre di un campione più numeroso e di conferme provenienti da altri gruppi di ricerca, ma anche determinare mediante rilevazioni di follow-up se i risultati raggiunti con la terapia combinata si mantengono o si consolidano anche dopo il termine del trattamento.

Bibliografia

- 1 Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP. *Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety*. J Clin Psychiatry 1999;60:752-8.
- 2 Zimmerman M, Mattia JI. *Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder*. Compr Psychiatry 1999;40:245-52.
- 3 Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. *DSM-III disorders in the families of borderline patients*. J Personal Disord 1998;2:292-302.
- 4 Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk

KR. *Axis I Comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission*. Am J Psychiatry 2004;161:2108-14.

- 5 Rothschild L, Zimmerman M. *Borderline personality disorder and age of onset in major depression*. J Personal Disord 2002;16:189-99.
- 6 Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. *Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome*. Compr Psychiatry 2003;44:35-43.
- 7 De La Fuente JM, Bobes J, Morlan I, Bascaran MT, Vizuetec C, Linkowski P, et al. *Is the biological nature of depres-*

- sive symptoms in borderline patients without concomitant Axis I pathology idiosyncratic? Sleep EEG comparison with recurrent brief, major depression and control subjects. *Psychiatry Res* 2004;129:65-73.
- 8 Leichsenring F. *Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization.* *Bull Menninger Clin* 2004;68:9-22.
 - 9 Bellino S, Paradiso E, Zizza M, Di Lorenzo R, Bogetto F. *Terapia combinata con psicoterapia interpersonale di pazienti depressi maggiori con disturbo borderline di personalità: confronto con la farmacoterapia.* *Ital J Psychopathol* 2005;11:34-42.
 - 10 Beck AT, Jallon SD, Young JE. *Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline.* *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:142-8.
 - 11 Kay J. *Integrated treatment of psychiatric disorders: review of psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press 2001.
 - 12 American Psychiatry Association. *Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder.* Washington, DC, 2000.
 - 13 Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, Pilkonis PA, Hurley K, et al. *Treatment of Major Depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations.* *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1009-15.
 - 14 Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. *A comparison of nefazodone, the cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression.* *N Engl J Med* 2000;342:1462-70.
 - 15 de Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. *Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression.* *J Affect Dis* 2001;64:217-29.
 - 16 Hegerl U, Plattner A, Moller HJ. *Should combined pharmac- and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s.* *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:99-107.
 - 17 Schramm E, van Calker D, Berger M. *Efficacy and therapeutic factors of interpersonal psychotherapy for depressed inpatients – results of a pilot study.* *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004;54:65-72.
 - 18 Gabbard GO. *Treatment-resistant borderline personality disorder.* *Psychiatr Ann* 1998;28:651.
 - 19 Gabbard GO. *Psychotherapy of personality disorders.* *J Psychother Pract Res* 2000;9:1-6.
 - 20 Stone MH. *Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder.* *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:193-210.
 - 21 American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.* *Am J Psychiatry* 2001;158:1-52.
 - 22 Gunderson JG. *Borderline personality disorder: a clinical guide.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2001.
 - 23 Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, De Jonghe F, Puite B. *Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients.* *J Personal Disord* 2003;17:60-72.
 - 24 Leiderman EA, Buchovsky S, Nemirovsky M, Jimenez M, Pavlosky F, Giordano S, et al. *Diagnosis and treatment of borderline personality disorder: a professionals' survey.* *Vertex* 2004;15:280-6.
 - 25 Klerman GL, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy.* New York: Basic Books 1984.
 - 26 Jarrett RB, Rush AJ. *Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions.* *Psychiatry* 1994;57:115-32.
 - 27 Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT, Pilkonis PA. *Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of the Depression Collaborative Research Program.* *J Consult Clin Psychol* 1995;6:841-7.
 - 28 Swartz HA, Frank E, Shear MK, Thase ME, Fleming MAD, Scott. *A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women.* *Psychiatric Services* 2004;55:448-50.
 - 29 Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. *Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression.* *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1053-9.
 - 30 Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy: current status.* *Keio J Med* 1997;46:105-10.
 - 31 Karp JF, Buysse DJ, Houck PR, Cherry C, Kupfer DJ, Frank E. *Relationship of variability in residual symptoms with recurrence of major depressive disorder during maintenance treatment.* *Am J Psychiatry* 2004;161:1877-84.
 - 32 Perry JC, Banon E, Ianni F. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders.* *Am J Psychiatry* 1999;156:1312-21.
 - 33 Bateman AW, Fonagy P. *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder.* *Br J Psychiatry* 2000;177:138-43.
 - 34 Livesley WJ. *A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder.* *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:211-32.
 - 35 Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. *Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders.* *Am J Psychiatry* 2004;161:810-7.
 - 36 van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. *Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects.* *Addict Behav* 2002;27:911-23.
 - 37 Kernberg OF. *The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients.* *J Am Psychoanal Assoc* 2003;51:517-45.
 - 38 Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, van den Brink W. *Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands.* *Br J Psychiatry* 2003;182:135-40.
 - 39 Aviram RB, Hellerstein DJ, Gerson J, Stanley B. *Adapting supportive psychotherapy for individuals with borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide.* *J Psychiatr Pract* 2004;10:145-55.
 - 40 Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unkel C, et al. *Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial.* *Behav Res Ther* 2004;42:487-99.

- ⁴¹ Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits-Christoph P, Beck AT. *An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder*. J Personal Disord 2004;18:257-71.
- ⁴² Ryle A. *The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder*. J Personal Disord 2004;18:3-35.
- ⁴³ Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. *Combined dialectical therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder*. J Clin Psychiatry 2004;65:379-85.
- ⁴⁴ McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girare M, Lissner C, Ferrero F. *Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis*. Psychiatr Serv 2005;56:193-7.
- ⁴⁵ First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders* (trad. it. a cura di Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Lussetti M, Guaraldi GP). Firenze: OS 2000.
- ⁴⁶ First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Structured clinical interview for Axis II DSM-IV disorders* (trad. it. a cura di Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Guaraldi GP). Firenze: OS 2003.
- ⁴⁷ Edwards JG, Anderson I. *Systematic review and guide to selection of selective serotonin reuptake inhibitors*. Drugs 1999;57:507-33.
- ⁴⁸ Anderson IM. *Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability*. J Affect Disord 2000;58:19-36.
- ⁴⁹ Gartlehner G, Hansen RA, Carey TS, Lohr KN, Gaynes BN, Randolph LC. *Discontinuation rates for selective serotonin reuptake inhibitors and other second-generation antidepressants in outpatients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis*. Int Clin Psychopharmacol 2005;20:59-69.
- ⁵⁰ Guy W. *Clinical Global Impression Scale*. In: *ECDEU - Assessment Manual for Psychopharmacology Revised*. National Institute of Mental Health 1976:217-22.
- ⁵¹ Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. Br J Med Psychol 1959;32:50.
- ⁵² Hamilton M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960;23:56-62.
- ⁵³ Majani G, Callegari S. *SAT-P/Satisfaction Profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Trento: Erickson 1998.
- ⁵⁴ Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. *Inventory of interpersonal problems (IIP-64)*. The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company 2000.