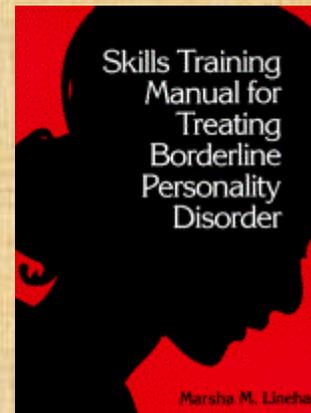


INTRODUZIONE ALLA TERAPIA DIALETTICO COMPORTAMENTALE (DBT)

Maria Elena Ridolfi



- **Ideata da M.Linehan come trattamento ambulatoriale per pazienti di sesso femminile con condotte parasuicidarie**
- **Supportata da numerosi dati empirici, oggi viene utilizzata in setting diversi ed in pazienti con Disturbo di Personalità Borderline (BPD) e comorbidità in Asse I e II**
- **E' inclusa nelle Linee Guida dell'American Psychiatric Association (2001) e nelle Linee Guida NICE (2009) tra le terapie "Evidence Based" per il trattamento del BPD**

La DBT si è dimostrata efficace in:

- Riduzione degli agiti autolesivi**
- Riduzione dei drop-out**
- Riduzione del ricorso all'ospedalizzazione**
- Incremento delle abilità psicosociali**
- Riduzione del burn-out degli operatori**

Linehan et al. 1991, 1993, 1994,2006; Bohus, 2000, 2004

La dialettica

Il termine “dialettica” designa due differenti ambiti di significato:

- **L’intima natura del reale**
- **La relazione, lo scambio e il dialogo persuasivo**

Linehan, 1993

Il principio della Interrelazione e totalità:

una cosa non può esistere senza

**l'altra, essa acquisisce le sue specifiche proprietà in
virtù**

della relazione con l'altra, le caratteristiche di etrambe

**evolvono come conseguenza della loro
interpretazione”**

Lewins e Lewontin, 1985

Il principio della polarità

La realtà non è statica, ma contiene in sé forze tra loro opposte

(“tesi” ed “antitesi”), dalla cui integrazione (“sintesi”) scaturisce un nuovo sistema di forze contrapposte.

Il principio del cambiamento continuo

**Costante tensione dialettica, nel contesto della terapia,
tra il**

processo di cambiamento e i suoi risultati.

**Temporaneo equilibrio tra i tentativi del paziente di
mantenere**

**lo status quo, evitando il cambiamento, e i suoi
continui sforzi**

diretti alla trasformazione.

**Il terapeuta DBT aiuterà il paziente a risolvere i
momenti critici**

**Sostenendo, allo stesso tempo, sia il suo bisogno di
mantenere**

lo stato attuale, sia i suoi sforzi diretti al cambiamento.

Differenze tra DBT e CBT

- **Focus su accettazione e validazione**
- **Enfasi sui comportamenti che interferiscono con la terapia**
- **Enfasi sulla relazione terapeutica come essenziale per il trattamento**
- **Focus sui processi dialettici**

Obiettivi e strutturazione della DBT

- **Terapia manualizzata, che comprende strategie di cambiamento, strategie per l'accettazione e la validazione e strategie Dialettiche**
- **Ha una forte componente psicoeducativa**

Obiettivi : TO BUILD A LIFE WORTH LIVING!

- **Riduzione dei comportamenti disfunzionali**
- **Aumentare la capacità di regolare le proprie emozioni, tollerare lo stress ed instaurare relazioni significative**
- **Promuovere la generalizzazione delle abilità acquisite all'ambiente naturale**
- **Aumentare la motivazione**
- **Aumentare le capacità e le motivazioni del terapeuta**

Il progetto terapeutico è caratterizzato da

- **Importanza della collaborazione versus la compliance**
- **Importanza del comunicare il razionale della terapia
(obiettivi condivisi)**

Contratto terapeutico

Vengono esplicitate:

- **Modalità di cura**
- **Regole dei vari setting**
- **Durata della terapia**

Vengono definiti insieme gli obiettivi riferibili a diverse aree di funzionamento.

I pazienti si impegnano a rimanere nel programma per

il tempo stabilito, a partecipare attivamente alle sedute e a svolgere gli esercizi a casa

Assunti di base relativi ai TERAPEUTI

- **La cosa più compassionevole che un terapeuta può fare è aiutare il paziente a cambiare in modo da avvicinarsi ai suoi obiettivi**
- **Chiarezza, precisione e compassione sono fondamentali**
- **La relazione terapeutica è una relazione reale tra eguali**
- **I terapeuti devono essere loro stessi sostenuti**
- **La DBT può fallire**

Assunti di base relativi ai PAZIENTI

- fanno del loro meglio
- vogliono migliorare
- hanno un'esistenza intollerabile
- hanno bisogno di fare meglio, di impegnarsi e di essere più motivati a cambiare
- possono non essere la causa dei loro problemi, ma devono comunque risolverli
- devono apprendere nuovi comportamenti in tutti i contesti per loro rilevanti

Team DBT

La DBT conferisce fondamentale importanza al lavoro d'equipe: il team di DBT è l'elemento imprescindibile per la strutturazione di un valido intervento

Linehan, 1993

Strutturazione dell'equipe

- **Gruppo di consultazione (tre ore settimanali)**
- **Psicoterapeuta individuale (una o due ore settimanali)**
- **Leader e co-leader dello Skills training (due ore settimanali)**

Ø Il trattamento prevede la partecipazione di diverse figure

professionali (psichiatri, psicologi, infermieri professionali e

assistenti sociali, debitamente formati)

Team DBT: ruoli

- **Terapeuta principale: psicoterapia individuale**
- **Un componente dell'equipe: consultazioni telefoniche**
- **ST Leaders: skills training**
- **Farmacologo: farmacoterapia**
- **Case Manager: case management**
- **Tutti i terapeuti: gruppo di consultazione**
- **Leader: supervisione**

∅ **Il paziente riceve in base a questa strutturazione almeno 3 ore di contatto diretto con l'equipe di trattamento e 3 ore aggiuntive indirette del tempo del terapeuta. Questo fa sì che l'intervento sia caratterizzato da un "contenitore" forte e strutturato**

Team DBT: funzioni

La DBT richiede che ogni terapeuta faccia parte di un

Team DBT per:

- aiutarlo nella programmazione del piano di intervento o nella risoluzione dei problemi ad esso correlati**
- monitorare l'aderenza al modello teorico di riferimento**
- assicurarsi il progresso nell'acquisizione di competenze DBT**
- offrire supporto in caso di difficoltà**

DBT Skills Training: caratteristiche generali

- **Durata: 6 mesi (ripetibile)**
- **Frequenza mono o bi- settimanale (circa 2 ore)**
- **Numero pazienti: 2-8**
- **Età: range ampio (anche se esistono gruppi più specifici, es. Adolescenti)**
- **Due terapeuti per gruppo (un leader ed un co-leader)**

DBT Skills Training

- **Obiettivo specifico: apprendimento di abilità deficitarie (Mindfulness, Regolazione emozionale, Efficacia interpersonale, Tolleranza allo Stress)**
- **Setting definito e descritto sia sul piano formale che su quello contenutistico**
- **Intervento manualizzato**

L a co-terapia costituisce un “fattore di protezione” sia

per il paziente che per l’equipe:

∅ riduce il drop-out

∅ rinforza l’alleanza terapeutica

∅ favorisce l’atteggiamento dialettico e validante

∅ riduce il burn-out

Il sistema individuo-ambiente: il modello biosociale del BPD

Teoria biosociale del BPD

- **Il BPD è un disturbo pervasivo del sistema di regolazione emozionale, risultato di una specifica predisposizione individuale alla malattia (fattori genetico- biologici) in associazione con un ambiente di sviluppo invalidante**

Disregolazione emozionale

- § **Difficoltà a distinguere e modulare la risposta emotiva**
- § **Difficoltà a tollerare il disagio**
- § **Difficoltà a confidare nella propria risposta emozionale come “ lettura” dell’evento**
- § **Oscillazione tra inibizione emozionale e “stili” emozionali estremi**
- § **Tendenza a porsi obiettivi non realistici**
- § **Tendenza all’agito autolesivo e gesti suicidari**

Fattori biologici: vulnerabilità emotiva

- **Grande sensibilità agli stimoli emozionali**
- **Intensa risposta agli stimoli emozionali**
- **Lento ritorno alla norma (sensazione che le emozioni abbiano una durata indefinita)**

Ambiente invalidante

- **Ogni ambiente nel quale, alla comunicazione delle proprie esperienze interne, seguono risposte estreme, inappropriate e imprevedibilmente variabili.**

Gli effetti degli ambienti invalidanti

- **Difficoltà nel riconoscimento e nella verbalizzazione dei propri stati interni**
- **Difficoltà a modulare le proprie risposte emotive**
- **Tendenza alla minimizzazione dei problemi quotidiani e difficoltà a risolverli (difficoltà a tollerare lo stress della frustrazione ed a porsi obiettivi realistici)**

Ambiente validante:

- **Insegna a distinguere e modulare l'attivazione emotiva**
- **Insegna a tollerare il disagio**
- **Insegna a confidare nella propria risposta emozionale come valida interpretazione degli eventi**

Ambiente invalidante

- **Rifiuta la comunicazione delle proprie esperienze interne**
- **Punisce l'espressione delle emozioni**
- **Tende ad ipersemplicare la soluzione di problemi**
- **Risponde in modo vago, inappropriato ed insensibile**

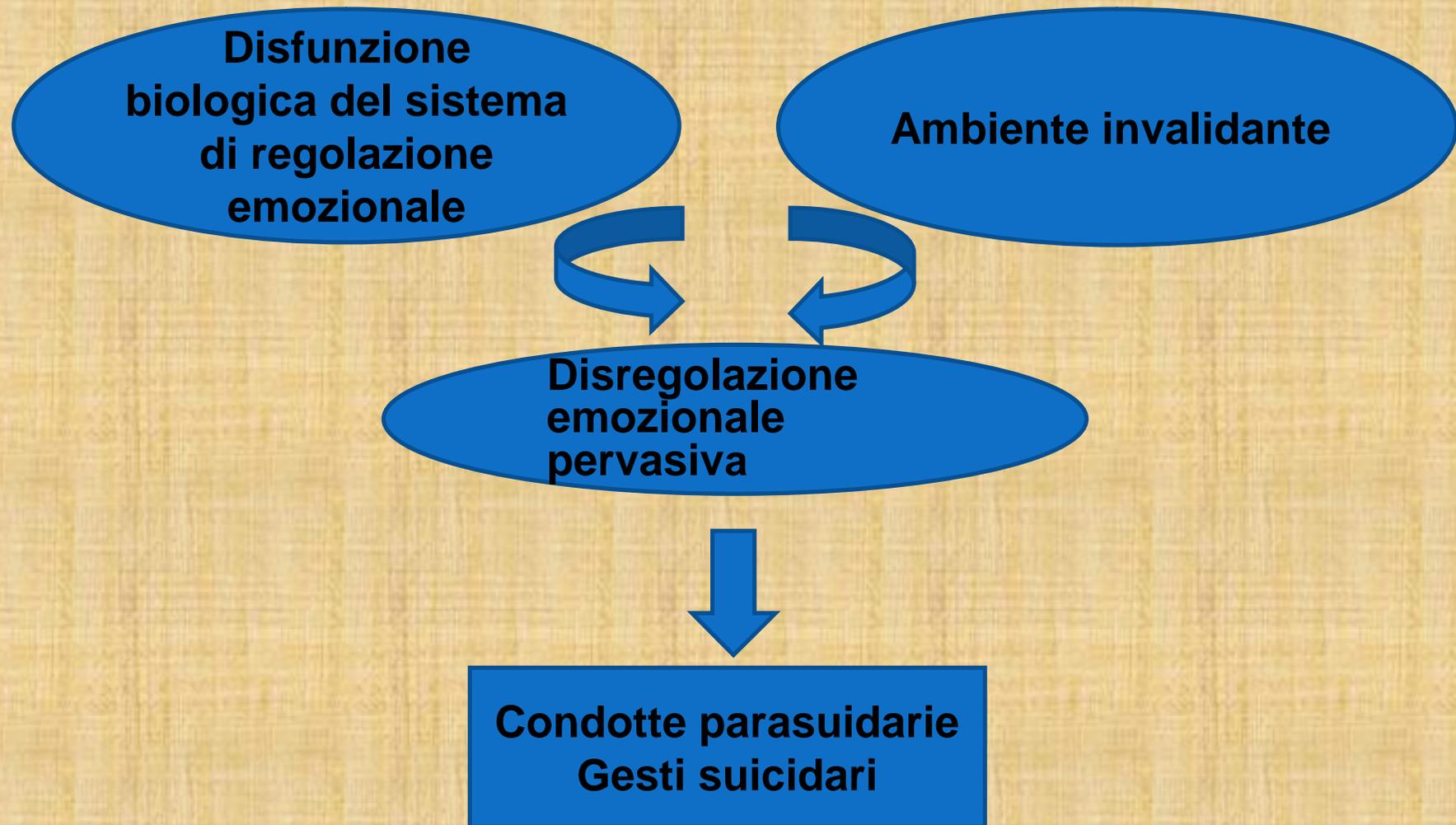
Validazione

Consiste nel comunicare al paziente che le sue reazioni hanno un senso e che possono essere comprese se si tiene conto della sua condizione attuale, dei fattori ambientali e delle diverse situazioni che occorrono.

BPD: un problema di disregolazione

- 1. Disregolazione emozionale: cambiamenti rapidi nell'umore e nella sfera emozionale**
- 2. Disregolazione interpersonale: relazioni interpersonali caotiche, timori abbandonici**
- 3. Disregolazione del Sè: fluttuazioni o mancanza del senso di sè. Senso di vuoto**
- 4. Disregolazione cognitiva: dissociazioni, pensiero paranoideo**
- 5. Disregolazione comportamentale: comportamenti autolesivi e/o impulsivi**

Teoria biosociale del BPD



Dilemmi dialettici

- **Vulnerabilità emozionale versus autoinvalidazione**
- **Passività attiva versus adeguatezza apparente**
- **Crisi inarrestabile versus inibizione del dolore**



Comportamenti autolesivi

Gesti suicidari

Il disagio associato a ciascuna polarità fa sì che il paziente oscilli di continuo tra un estremo ed il suo opposto senza capacità di sintesi. Questa continua oscillazione e la sofferenza ad essa associata si verificano anche all'interno della relazione terapeutica per cui è molto utile che il terapeuta sia cosciente dell'influenza che tale modalità può avere sull'andamento della terapia e che renda il paziente consapevole dei suoi comportamenti e delle sue motivazioni in modo da gestirli meglio. (Linehan

***UN MODELLO REGOLATORE:
LE CARATTERISTICHE DI
EMPOWERMENT
PSICOLOGICO NELLA DBT***

- **Forte strutturazione d'equipe**
- **Gruppi di consultazione/
formazione/supervisione**
- **Chiara cornice teorica di riferimento e
manualizzazione degli interventi**
- **Trattamento multimodale, che comprende
diversi setting e professionalità**
- **Positività dei dati di letteratura**

consentono:

Empowerment *Versus* Powerlessness nell'Equipe

- Percezione di auto-efficacia (Self-efficacy), attraverso:**
 - cornice teorica di riferimento chiara e coerente**
 - manualizzazione**
 - formazione**
 - supervisione/consultazione**
- Percezione di competenza delle proprie capacità e skills rispetto agli obiettivi di trattamento (Mastery), attraverso:**
 - raggiungimento degli obiettivi clinici prefissati**
 - riduzione del tasso di drop-out**

- **Aumento della Hopefulness, attraverso:**
 - **formazione**
 - **supervisione**
 - **consultazione**
 - **positività dei risultati**
- **Tendenza motivazionale al trattamento ed alla gestione del caso, attraverso:**
 - **formazione**
 - **coaching**
 - **cheerleading**

- **Entusiasmo, responsabilizzazione e percezione di “protezione” da parte di ogni componente- a sua volta pertanto generatore di empowerment- attraverso:**
 - **strutturazione d’intervento multimodale (con importanza e precise funzioni attribuite ad ogni singolo componente, doppio setting)**
 - **spazi settimanali di lavoro d’equipe (consultazione, supervisione)**
 - **manualizzazione (linee guida, strutturazione predefinita d’intervento nello Skills Training)**
 - **riscontro di risultati positivi, rinforzato dai dati di letteratura**

Empowerment *Versus* Powerlessness nel paziente

- **Autoefficacia (Self-efficacy)**
- **Hopefulness**
- **Acquisizione di nuove competenze (Mastery)**
- **Partecipazione consapevole**
- **Ruolo attivo nel piano di trattamento
(collaborazione *versus* compliance)**

L'impatto della DBT sull' Equipe

- **Obiettivo:** valutare il livello di Stress lavorativo e di Burn-out in un campione di 22 professionisti della Salute Mentale che iniziano ad utilizzare la DBT
- **Durata:** 24 mesi
- **Metodologia:** somministrazione della Maslach burnout inventory-General Survey (MBI-GS), a Baseline (inizio della formazione in DBT), 6, 12 e 18 mesi di trattamento e questionari aperti alla fine del trattamento

- **Risultati: non cambiamenti significativi, anche se si registra progressiva riduzione all' MBI delle sottoscale di "Esaurimento" e "Cinismo" da Baseline fino a 18 mesi ed un progressivo aumento all' MBI della sottoscala di "Efficacia personale" a 6 mesi e 12 e successiva diminuzione a 18 mesi.**

“ Una variabile confusiva è che lo studio è stato condotto durante un periodo di vaste riorganizzazioni dei servizi, con conseguenti incertezze lavorative, alto carico di lavoro ed aumento di stress al di là della DBT”

Questionari somministrati alla fine del trattamento evidenziano:

- Maggior rigore metodologico e maggior sicurezza di Sè**
- Maggior ottimismo e soddisfazione**
- Lavoro più divertente e stimolante**
- Iniziale aumento di Stress legato alle difficoltà di apprendimento della DBT (specie per i professionisti che non avevano una formazione in CBT)**
- Riduzione della percezione di stress legata alle tecniche di mindfulness, al supporto del gruppo di lavoro ed alla supervisione**

Perseius et al., 2007

Per concludere...

Swenson sottolinea che l'ampissima diffusione della DBT riflette il forte desiderio della comunità della salute mentale per un trattamento che sia chiaro, comprensibile e apparentemente assimilabile.

Ritiene, inoltre, fondamentale il valore della capacità della DBT di rinvigorire e sostenere l'entusiasmo per il trattamento di un gruppo di pazienti che spesso ha scoraggiato precedenti generazioni di clinici.

Swenson, 2000