



**INTRODUZIONE AL MODELLO
DIALETTICO -COMPORTAMENTALE DI
M. LINHEAN**

4 Giugno 2013
dott.ssa A. Draisci

Pazienti con gravi disturbi della personalità in particolare Disturbo Borderline di Personalità (BDP) in comorbidity con il Disturbo d'Abuso di Sostanze presentano:

- *grave compromissione dell'adattamento psicosociale*
- *difficoltà a mantenere relazioni terapeutiche valide*
- *drop-out per il 50% dei casi*
- *sono a rischio suicidario e parasuicidario*
- *sono impegnativi e faticosi sia per il terapeuta che per la struttura che li prende in carico.*

A large black left bracket and a yellow right bracket are positioned at the top of the slide, with a thin yellow horizontal line extending between them across the width of the page.

Tenendo conto che dal 10 al 20 % soddisfano i criteri per il DBP secondo il DSM IV R è necessario occuparsi nella pratica clinica di modelli e strategie di intervento che si dimostrino efficaci nella gestione e nella cura di questi pazienti.

... Negli ultimi 20 aa sono stati pubblicati numerosi studi controllati randomizzati (Linehan et al 1993; 1996)(Bateman e Fonagy 1999; 2001)(Semerari 1999) che hanno valutato l'efficacia di interventi altamente strutturati e specifici che pur partendo da modelli teorici diversi (DBT e approccio psicoanalitico che si rifà alle teorie dell'attaccamento) sono accomunati da:

- 
- A large black left bracket and a yellow right bracket are positioned at the top of the slide, with a horizontal olive-green line passing through them.
- setting multiplo di co-terapia integrata individuale e di gruppo, gestione farmacologica
 - tutte le figure terapeutiche coinvolte sono unite da un unico progetto terapeutico
 - tali trattamenti si sono dimostrati più efficaci rispetto ai pazienti trattati con i trattamenti abituali (treatment as usual) che consistono nel ricovero, presa in carico ambulatoriale, sostegno psicologico, controlli farmacologici.
 - sono impegnativi per l'impiego di risorse umane (Fassone , Ivaldi, Rocchi 2003)

PERCHE' LA DBT

Nei trial controllati randomizzati oggi la DBT ha dimostrato:

- essere un trattamento evidence-based, condizione necessaria per essere trapiantato in altri contesti.
- in generale si è dimostrato il trattamento più efficace per il DBP. (Swenson 2012)
- DBT vs TAU è più efficace per il DBP con grave e cronica suicidarietà (Linehan et al, 1991, 1992, 1993, 1994)
- DBT vs TAU costa meno, quasi il 50%, a lungo termine (Linehan, Heard 1999)
- DBT vs TAU in Abuso di Sostanze più efficace per diminuzione dell'uso di sostanze e per percentuale di drop-out (Linehan et al, 1999)

STORIA DELLA DBT

- M. Linehan e il suo team - Centro di ricerca per i comportamenti suicidari - Università di Washington, guardando videoregistrazioni di sedute di psicoterapia identificò aspetti del suo stile e modifiche al trattamento cognitivo-comportamentale che si mostrarono più efficaci nel trattamento del DBP. Tali interventi individuati venivano poi applicati alla seduta seguente.
- Il trattamento venne standardizzato e manualizzato.

LA DBT NON PREVEDE SOLO INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

- tecniche di amplificazione delle conseguenze degli eventi (Whitaker, 1995)
- incoraggiamento e accettazione piuttosto che cambiamento secondo le teorie buddiste Zen (Watts, 1961)
- comunicazioni dirette al comportamento patologico con caratteristiche di doppio legame (Watzlawick, 1978)
- oscillazione tra l'accettazione empatica del disagio (terapia centrata sul paziente Rogers) e interventi irriverenti e paradossali sui comportamenti patologici
- la filosofia dialettica influenza ogni aspetto della DBT.

OGNI TEORIA HA UN ASSUNTO DI BASE LA DIALETTICA COME VISIONE DEL MONDO

- Ogni parte di un sistema non può esistere come singola se non considerata come parte del sistema stesso.
- Ogni parte di un sistema è sempre affiancato dal suo opposto (come le cariche negative e positive dell'atomo) che non confliggono o si invalidano.
- Queste parti sono in continua relazione ed evolvono proprio grazie alla relazione.
- La natura antitetica della realtà si basa sulla tensione tra tesi e antitesi che giungono attraverso la sintesi ad un nuovo stato di equilibrio fatto esso stesso da una nuova polarità.

I COMPORTAMENTI BORDERLINE COME FALLIMENTO DIALETTICO

Come fa un borderline ad essere polarizzato?

- continua oscillazione tra posizioni completamente contraddittorie, fermamente e rigidamente sostenute senza alcuna capacità di sintesi.

- 
- A large black left bracket and a large yellow right bracket are positioned at the top of the slide, with a thin yellow horizontal line extending between them across the width of the page.
- confusione riguardo la propria identità e riferimento all'ambiente per avere informazioni su cosa "essere", pensare o fare.
 - Impossibilità di vivere in modo stabile le relazioni interpersonali
 - Impossibilità ad esperire una sensazione di sé al momento presente e di stabilire un continuum tra presente e passato
 - Discontinuità del sé
 - Difficoltà nelle relazioni interpersonali

Impostiamo il problema:

quali sono i fondamenti dialettici,
cognitivo-emotivi e comportamentali
che guidano l'osservazione clinica?

[Cosa intendiamo per comportamento:]

- qualsiasi azione e reazione agli stimoli
- possono essere motori, cognitivo- verbali quali tutte le attività mentali e il linguaggio scritto e parlato, fisiologici secondari all'attività del sistema nervoso autonomo, del sistema endocrino e della muscolatura liscia, che rappresentano i cosiddetti connotati fisici delle emozioni.

Cosa intendiamo per emozioni

- Le emozioni sono risposte integrate della totalità del funzionamento del sistema. L'integrazione è automatica e involontaria sia per le emozioni di base di natura innata che per quelle apprese per esperienze ripetute.
- Sono la rappresentazione dell'esperienza soggettiva (sistema cognitivo), delle modificazioni biochimiche concomitanti generate (sistema fisiologico) e delle componenti espressivo-motorie (sistema fisiologico e motorio).
- Le emozioni influenzano i processi cognitivi e fisiologico- motori per cui non sono solo la risposta del sistema ma lo influenzano.

- 
- La relazione situazione→pensiero→emozione→comportamento (Beck, 1976; 1990) non è sempre vera!
 - Ma non è neanche sempre vero il contrario ossia: potente attivazione neurofisiologica → pensieri disfunzionali → comportamenti disfunzionali.
 - Dobbiamo sempre chiederci in che contesto e in quali condizioni quello specifico comportamento si è attivato e che effetto ha avuto sugli altri sottosistemi
 - Qualsiasi evento emozione o comportamento è la risultante di complesse configurazioni causali che interagiscono tra di loro a più livelli

DBT – basi concettuali fondamentali

Nella DBT ogni comportamento problematico viene letto alla luce dei seguenti elementi:

- Gli stadi di trattamento
- La teoria biosociale e i circuiti di mantenimento del DBP
- I principi di apprendimento e concetti chiave dalla terapia comportamentale
- I pattern di comportamento dei DBP e i dilemmi terapeutici
- Orientamento dialettico al cambiamento

LA TEORIA BIOSOCIALE

- Il dbp deriva da un deficit della regolazione delle emozioni che dipende dall'interazione transazionale tra anomalie biologico-costituzionali, che determinano una vulnerabilità emotiva del soggetto, e l'ambiente invalidante

LA RELAZIONE TRANSAZIONALE TRA INDIVIDUO E AMBIENTE

- Fattori di vulnerabilità personale associati a specifici fattori di stress ambientale originano la malattia.
- Tale relazione secondo la DBT non è così lineare: l'interazione tra la vulnerabilità personale e lo stress ambientale è caratterizzata da un reciproco determinismo che si autoalimenta, creando un crescendo articolato e intenso nel tempo sia nel soggetto, che diventa sempre più vulnerabile, che nell'ambiente che diventa sempre più stressante.

TEORIA BIOSOCIALE- IL RUOLO DELLA DISREGOLAZIONE EMOTIVA

VULNERABILITA' BIOLOGICA
(disregolazione emotiva)

AMBIENTE INVALIDANTE

DBP

LA VULNERABILITÀ EMOTIVA

- alta sensibilità agli stimoli emotivi
- alta intensità delle emozioni
- lento ritorno allo stato emotivo di base
(durano di più perché certe emozioni richiamano ricordi o immagini dello stesso colore emotivo, gli stati emotivi facilitano l'apprendimento di materiale a corrispondente tonalità emotiva, le emozioni influenzano i pensieri, valutazioni a corrispondente tonalità emotiva).

LE CAUSE BIOLOGICHE

- iper reattività del sistema limbico
- deficit di regolazione dell'attenzione

potrebbero derivare da :

- prediposizione genetica
- eventi morbosi durante la vita intra uterina es sindrome fetoalcolica
- eventi e circostanze post natali nella prima infanzia dal neglect all'abuso sessuale

Cosa significa modulare le risposte emotive ?

Gottmann e Katz (1990) hanno individuato quattro capacità nell'ambito dei meccanismi di regolazione delle emozioni:

- inibire le reazioni abnormi o maladattative seguenti a emozioni intense siano esse positive o negative.
- autoregolare l'attivazione fisiologica dell'organismo associata a determinati stati emotivi.
- rifocalizzare l'attenzione sugli elementi ambientali salienti anche in presenza di emozioni intense.
- organizzare e coordinare i propri comportamenti in strategie finalizzate ai propri obiettivi indipendentemente dallo stato emotivo.

Che cosa si intende per ambiente invalidante?

- ogni ambiente nel quale a seguito della comunicazione dei propri stati interni seguano risposte estreme o variabili o inappropriate
...consegue...
- una incapacità al riconoscimento dei propri stati interni a narrarli e a condividerli con l'ambiente sociale.
- invalida l'esperienza dell'individuo e fallisce nell'insegnare e quindi a modulare le risposte emotive.
- Un ambiente invalidante promuove soltanto risposte emotive estreme, secondarie a problemi eccezionalmente gravi, che riescono a sollecitare una risposta
- punisce l'espressione congrua della sofferenza del soggetto e rinforza e favorisce le manifestazioni eclatanti di emozioni e comportamenti estremi.

[Ricordando quanto detto prima:]

- una famiglia invalidante può determinare una vulnerabilità emotiva nel soggetto che interagendo con i familiari con queste caratteristiche sollecita le loro risposte invalidanti con effetto di rinforzo reciproco nel tempo.
- Nonostante una vulnerabilità moderata alla disregolazione emotiva, un ambiente sufficientemente invalidante può creare un disturbo; un livello non eccessivo di invalidazione può essere sufficiente a creare un disturbo se interagisce con un soggetto altamente vulnerabile alla disregolazione emotiva.

Conseguenza

- Discontrollo dell'immagine del sé
- Discontrollo delle emozioni
- Discontrollo dei comportamenti
- Discontrollo delle relazioni interpersonali

Disfunzione della regolazione emotiva

Ambiente invalidante

Vulnerabilità emotiva
(instabilità affettiva)

Instabilità
comportamentale

Instabilità
interpersonale

Instabilità
del sé

Instabilità
cognitiva

Cosa blocca il cambiamento?

Quali sono i tipici e specifici dilemmi dialettici dei bdl:

- Vulnerabilità emotiva vs autoinvalidazione
- Crisi ricorrenti vs inibizione delle risposte emotive
- Passività attiva vs competenza apparente

Le polarità a sinistra sono quelle più influenzate dall'aspetto biologico, quelle a destra dall'effetto che la disregolazione emotiva del paziente produce sull'ambiente.

Il paziente oscilla costantemente tra le due polarità impossibilitato a raggiungere una sintesi.

vulnerabilità emotiva vs autoinvalidazione

- La vulnerabilità emotiva e' la sofferenza intensa che deriva dalla disregolazione emotiva e la conseguente disregolazione del sé, dei comportamenti e delle relazioni.



Si alimenta per la capacità del soggetto di rendersene conto e poiché che tali deficitarietà sono transitorie perché influenzate dalle emozioni, tale esperienza è un incubo costante e uno sforzo per tenerla sotto controllo .



Passaggio all'autoinvalidazione

- L'autoinvalidazione, appresa dall'ambiente invalidante, consiste nel ritenere non valide le proprie risposte emotive, a ritenersi incapaci di qualsiasi cosa e quindi guardare gli altri per avere informazioni sicure su sé e il mondo e a ipersemplicificare la reale portata dei problemi della vita



Passaggio alla vulnerabilità emotiva



dolore per l'autoinvalidazione

- messa in atto di strategie di comunicazione intensa che l'ambiente ha rinforzato come uniche per ottenere attenzione e cura.

[Passività attiva **vs** competenza apparente]

passività attiva

- Consapevole delle proprie deficitarietà il bdl tende in modo attivo a delegare l'altro alla soluzione dei propri problemi, manifestando passività nella gestione autonoma delle problematiche.
- Questo rende ragione delle continue richieste di aiuto (per esempio al terapeuta) e dell'eccessiva dipendenza dall'altro con sforzi eccessivi di evitare l'abbandono.

Competenza apparente

- Capacità, in determinate condizioni, di mostrare abilità efficaci nella soluzione dei problemi e, in altre occasioni, non esserne più all'altezza.
- Queste competenze sono francamente influenzate dalle emozioni per cui in particolari stati d'animo il paziente manifesta abilità comportamentali e di controllo emotivo efficaci e, in stati d'animo differenti, le stesse abilità non funzionano.
- Incapacità a manifestare in modo congruo i propri stati di bisogno, per cui quando il paz. chiede aiuto l'ambiente giudica il soggetto come capace alla soluzione dei propri problemi.
- Minimizzazione delle sue difficoltà.

[Passaggio alla passività attiva]

- I soggetti fortemente disperati sentono di non poter fare a meno del sostegno degli altri, sperimentano allo stesso tempo sentimenti di vergogna verso se e verso gli altri per questo loro stato di bisogno e quindi tendono a mostrarsi efficaci o si comportano come tali. Minimizzando le loro deficitarietà, finiscono per mettersi fortemente a rischio per fallimenti e quindi rinforzando la loro modalità passiva.

Crisi ricorrenti vs inibizione delle emozioni negative

crisi ricorrenti

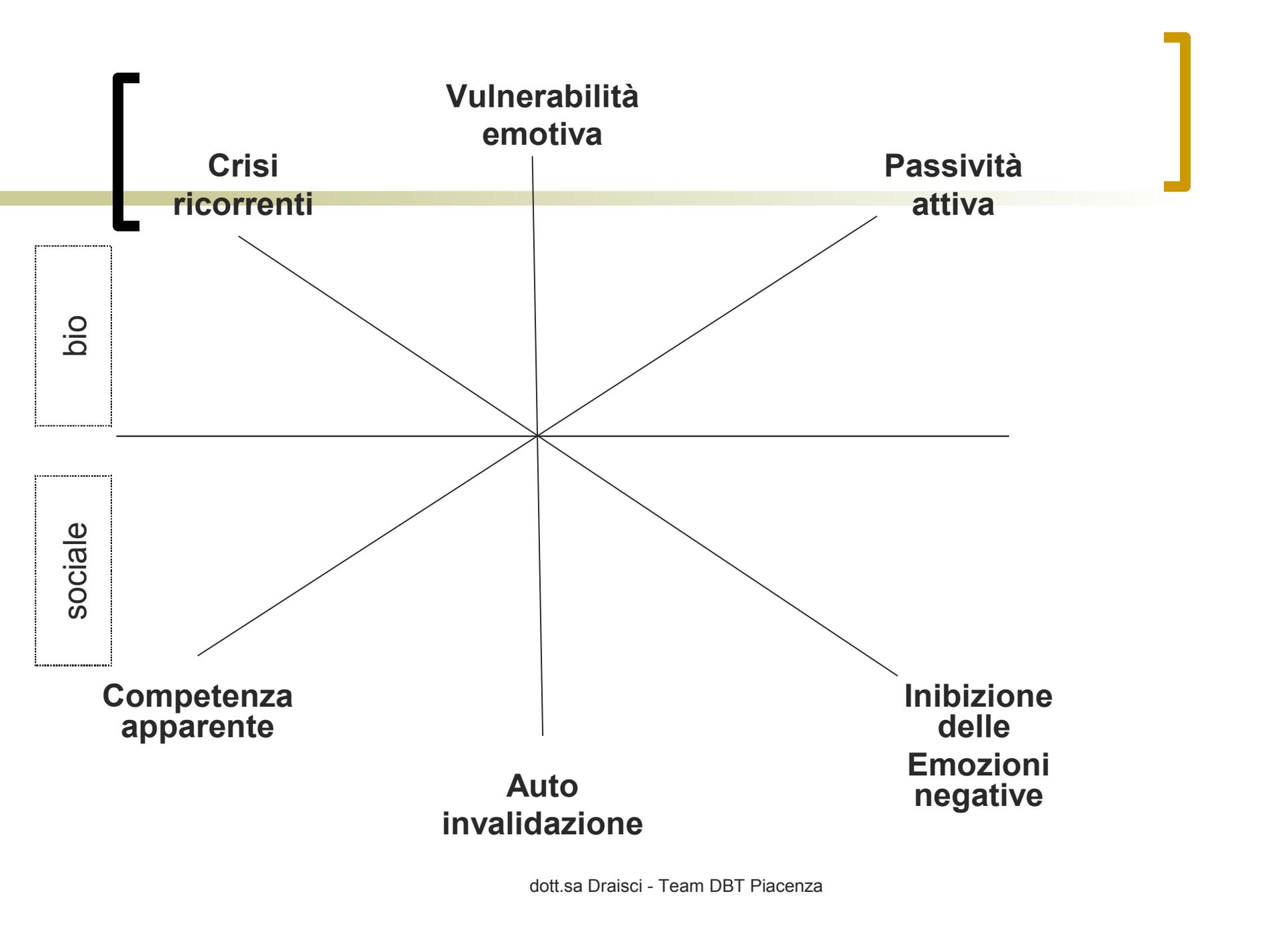
- Il paz bdl si trova costantemente in una condizione di crisi cronica che dipende dalla combinazione tra la vulnerabilità emotiva e l'impulsività.
- Agisce per impulso per evitare lo stress ma peggiora la situazione.
- Essendo questo pattern ricorrente il soggetto fatica a riprendersi completamente prima del prossimo colpo ricorrendo a gesti parasuicidari o a comportamenti sull'emergenza.

Inibizione delle emozioni

- L' inibizione delle emozioni viene attuata tramite comportamenti disfunzionali di evitamento delle emozioni associate all'evento penoso. Non sperimentando completamente la situazione dolorosa e non integrandola, paradossalmente aumenta la sensibilità a stimoli e eventi dolorosi che fanno riprecipitare il paziente in una nuova crisi.
- Il dolore inibito è il target primario dello stadio 2 di trattamento

Pattern comportamentali del DBP e DILEMMI DIALETTICI

- Spesso i DBP oscillano tra comportamenti di iper- e ipo-controllo delle emozioni.
- I pattern comportamentali sono target secondari trasversali allo stadio di trattamento e rappresentano una delle minacce per il trattamento.



**Vulnerabilità
emotiva**

**Crisi
ricorrenti**

**Passività
attiva**

bio

sociale

**Competenza
apparente**

**Auto
invalidazione**

**Inibizione
delle
Emozioni
negative**

[Gli stadi di trattamento]

- Lo stato attuale del disturbo ci dice quali sono i passi di trattamento *rilevanti e fattibili*.
- Il criterio di M.Linehan è rendere prioritario il problema che pone maggiore rischio per la qualità di vita.
- La rilevanza del comportamento è determinata in modo congiunto dalla sua gravità e dallo stadio di terapia.
- Benché vengano presentati linearmente gli stadi hanno spesso una *progressione caotica*.
 - Pretrattamento
 - Stadio 1
 - Stadio 2
 - Stadio 3
 - Stadio 4

Gli stadi di trattamento

Pretrattamento

- Il target principale è costituito dalla definizione degli accordi di paziente e terapeuta, degli obiettivi di trattamento e reciproco impegno al trattamento.
- Prima di iniziare il trattamento vero e proprio è richiesto che il paziente concordi con gli obiettivi essenziali e prenda un impegno verbale.
- Essendo un trattamento volontario il paziente deve avere la possibilità di scegliere tra interventi.

Gli stadi di trattamento

Stadio 1

- Target dello stadio 1 è ottenere una vita accettabile, controllo delle proprie azioni e sufficiente aggancio al trattamento e capacità comportamentali per ottenere questi scopi.
 - Comportamenti suicidari (o omicidi) e altri comportamenti di rischio imminente per la vita
 - Comportamenti interferenti con la terapia
 - Comportamenti che compromettono la Qualità di Vita
 - Deficit nelle abilità comportamentali necessarie per ottenere un cambiamento di vita

Gli stadi di trattamento

Stadio 2

- Target dello stadio 2 è il trattamento dei comportamenti causati dal disturbo post-traumatico da stress e le esperienze traumatiche.

Gli stadi di trattamento

Stadio 3

- Target dello stadio 3 è una sintesi di quanto fatto negli stadi precedenti, aumento del rispetto di sé e di un senso di connessione e tentativo di risolvere i problemi nella vita.

Gli stadi di trattamento

Stadio 4

- Target dello stadio 4 è il senso di non completezza sperimentato da molte persone, anche nel momento in cui i problemi di vita sono risolti. L'obiettivo è di acquisire la capacità di poter stare bene attraverso l'integrazione del passato con il presente e il futuro, attraverso l'integrazione di sé con gli altri e l'accettazione della realtà così come è.

DBT House of Treatment

STAGE IV

Incompleteness

PEAK EXPERIENCES

SPIRITUAL FULFILLMENT

EXPANDED AWARENESS

Capacity for Sustained Joy

STAGE III

Problems in Living

GETTING A LIFE

Identifying & working toward life goals and increasing self-respect



Ordinary Happiness and Unhappiness

STAGE II

Quiet Desperation

GETTING IN TOUCH

Exposure (PTSD Work)
Cognitive Restructuring
Working to reduce suffering



Emotional Experiencing

STAGE I

Severe Behavioral Dyscontrol

GETTING IN CONTROL

Of behaviors that are Life-Threatening, Threats to Treatment, or Major Threats to Quality of Life with Commitment, Skills and Contingencies

Commitment and Skills



Behavioral Control

↑
PROBLEMS

↑
GOALS

SHAWL: Suicide and Hospitalization As a Way of Life
Outside of the Treatment House

created by: Dr. Charles Swenson

STRUTTURARE IL TRATTAMENTO IN BASE AGLI OBIETTIVI COMPORTAMENTALI:

CHI FA COSA E QUANDO:

- La complessità dei problemi della vita dei paz rendono difficile la scelta di quali siano i problemi che vanno affrontati per primo e quale sia il momento per farlo.
- All'interno di una singola seduta la narrazione non integrata delle tematiche, la focalizzazione sulla sofferenza emotiva del momento, mette in difficoltà il terapeuta a saper riconoscere quale sia la gerarchia dei temi da trattare.

OBIETTIVI DELLA TERAPIA E COMUNICAZIONE AL PAZIENTE

- Gli obiettivi del trattamento
- La gerarchia degli obiettivi
- Chi fa cosa, come e quando
(es cosa si fa e che ruolo ha il terapeuta individuale, come è organizzata la terapia di gruppo, come regolare le comunicazioni telefoniche a cosa servono)
- **Devono essere sempre chiari e specifici.**

OBIETTIVI DELLA TERAPIA E SETTING MULTIPLI

- La responsabilità del raggiungimento degli obiettivi specifici viene suddivisa tra:
 - la psicoterapia individuale
 - il gruppo di skill training
 - la co-terapia individuale farmacologica
 - le consultazioni telefoniche
- coloro che si occupano del paziente formano una equipe che si incontra una volta alla settimana per il gruppo di lavoro e a loro volta sono supervisionati da un terapeuta esperto DBT.

OBIETTIVI DI TERAPIA E RUOLO DEL TERAPEUTA INDIVIDUALE

- Il terapeuta individuale è la figura principale di riferimento per ciascun paziente.
- Stila con il paziente il progetto terapeutico, lavora con il paziente per il raggiungimento di tutti gli obiettivi e lo aiuta ad integrare ciò che sta apprendendo negli altri setting, fa il case-manager ossia aiuta e orienta il paziente rispetto a come fare per interagire con gli altri membri dell'equipe terapeutica o ospedale e comunità terapeutiche.

OBIETTIVI DI TERAPIA E CONSULTAZIONI TELEFONICHE

Con il terapeuta principale:

- Imparare a chiedere aiuto e riduzione dei comportamenti suicidari
- Generalizzazione all'ambiente delle abilità apprese nelle sedute individuali e di skills training
- Rapporto più diretto e immediato nel caso di conflitti nella coppia terapeutica

Con gli skills trainers:

- Ridurre i comportamenti che minacciano la terapia