



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:

INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea:

Il disturbo borderline di personalità e il trattamento cognitivo comportamentale

Candidato:

Eleonora Monaci

Relatore:

Prof. Maurizio Ercolani

Anno Accademico 2019-2020

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare innanzitutto il mio relatore, Maurizio Ercolani, per essere stato disponibile ad aiutarmi nella stesura di questa tesi e per aver stimolato in me una forte curiosità riguardo alle tematiche concernenti la sua materia. Ringrazio inoltre i miei tutors, i miei professori e i miei compagni di corso che hanno accompagnato questi tre anni di studio: mi hanno arricchito di conoscenze e mi hanno fatto appassionare a questa professione. Ringrazio fortemente mia madre, anche lei infermiera: è stata lei la prima a spronarmi ad iniziare questo bellissimo percorso, e con lei mio fratello e mio padre che sono da sempre miei sostenitori. Vorrei ringraziare anche i miei parenti e tutti i miei amici di una vita, in particolare le mie amiche più strette Ludovica, Claudia ed Eleonora e il mio migliore amico Mattia, che hanno sempre creduto in me. Un pensiero particolare va al mio fidanzato Tommaso, che ha condiviso con me tante soddisfazioni ma anche momenti di sconforto, dai quali però è riuscito a farmi sollevare sempre, credendo nelle mie capacità e trasmettendomi una forte energia positiva.

INDICE

PREMESSA.....	6
1. INTRODUZIONE.....	8
1.1 CAUSE MALATTIE MENTALI.....	8
1.2 DIVISIONE DISTURBI DI PERSONALITÀ.....	9
2. IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ	14
2.1 IL DBP E LA COMPROMISSIONE DEI SISTEMI DI REGOLAZIONE DELLE RISPOSTE EMOTIVE.....	16
2.1.1 LA VULNERABILITÀ EMOTIVA	17
2.1.2 CRISI RICORRENTI	19
2.1.3 INIBIZIONE DELLE EMOZIONI NEGATIVE.....	21
2.1.4 DIFFICOLTA' DI ELABORAZIONE DELLA PERDITA NEI SOGGETTI BORDERLINE ..	22
3. DILEMMA DIALETTICO.....	25
3.1 IL DILEMMA DIALETTICO DELL'ASSISTITO.....	25
3.2 IL DILEMMA DIALETTICO DELL'OPERATORE	26
4. TERAPIA DIALETTICO COMPORTAMENTALE.....	28
4.1 PASSI CRUCIALI DEL TRATTAMENTO	31
4.1.1 PREPARAZIONE DEL SETTING.....	31
4.1.2 INSTAURARE UNA RELAZIONE.....	33
4.1.3 MANTENERE UN ATTEGGIAMENTO DIALETTICO	34
4.2 APPLICARE STRATEGIE DI BASE	34
4.2.1 LA VALIDAZIONE.....	35
4.2.2 IL PROBLEM SOLVING	43
4.3 MODALITA' DI TRATTAMENTO DELLA DBT	46
4.3.1 TERAPIA INDIVIDUALE AMBULATORIALE	47
4.3.2 SKILLS TRAINING	48
4.3.3 TERAPIA DI GRUPPO SUPPORTIVA	49
4.3.4 CONSULENZA TELEFONICA.....	49
4.3.5 TRATTAMENTI AUSILIARI.....	50
4.3.6 GLI INDIVIDUI BORDERLINE: CARATTERISTICHE E TRATTAMENTO.....	51
4.3.7 L'IMPEGNO DELL'ASSISTITO.....	55

4.3.8 L'IMPEGNO DELL' OPERATORE	57
4.3.9 RIDURRE I COMPORTAMENTI CHE INTERFERISCONO CON LA TERAPIA	59
4.3.10 MIGLIORARE LE ABILITA' COMPORTAMENTALI	64
4.3.11 STRATEGIE DI FINE TRATTAMENTO	68
5. CONCLUSIONI	71
6. BIBLIO-SITOGRAFIA	72

PREMESSA

Nella realtà che viviamo tutti i giorni, spesso gli individui colpiti da disturbi mentali vengono percepiti come imprevedibili, strani e talvolta pericolosi. Non ci rendiamo conto però, che nel panorama italiano circa dieci milioni di persone soffrono di un disturbo mentale non diagnosticato. Spesso questi soggetti si isolano, non chiedono aiuto o, nel peggiore dei casi, vengono derisi ed emarginati. Essi, al contrario, dovrebbero poter contare sul supporto della famiglia, degli amici e della società, così da poter migliorare il proprio stile di vita e potersi integrare nel contesto lavorativo e familiare.

Una svolta nel trattamento dei soggetti affetti da disturbi mentali è avvenuta grazie alla Legge Basaglia del 13 maggio 1978, numero 180, intitolata “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”. L’obiettivo di questa legge fu la chiusura dei manicomi e lo sviluppo di un regolamento sanitario obbligatorio; inoltre essa istituì servizi di igiene mentale pubblici. La legge Basaglia fu anche un modo per rafforzare e modernizzare l’impostazione clinica dell’assistenza psichiatrica, instaurando rapporti umani rinnovati con il personale e la società, riconoscendo appieno i diritti e la necessità di una vita di qualità degli assistiti, seguiti e curati anche da strutture territoriali. Di fatto, solo dopo il 1994, con il “Progetto Obiettivo” e la razionalizzazione delle strutture di assistenza

psichiatrica da attivare a livello nazionale, si completò la previsione di legge di eliminazione dei residui manicomiali.

Sempre nel corso degli anni Novanta, oltreoceano, la psicologa Marsha Linehan pubblicò il primo manuale su una nuova tecnica di trattamento: la DBT, indirizzata ai soggetti affetti da disturbi mentali, in particolare quelli con tendenze suicidarie o parasuicidarie come i borderline. L'approfondimento dei concetti introdotti dalla DBT e la personalità borderline sono trattati in questa tesi.

1. INTRODUZIONE

Un disturbo psichico o mentale è una condizione patologica che colpisce la sfera comportamentale, affettiva, relazionale e cognitiva di un individuo, rendendolo incapace di integrarsi nella realtà socio lavorativa e provocando sofferenza personale soggettiva. Il disturbo di personalità viene definito come un disturbo mentale, con manifestazioni di pensiero e di comportamento disadattivi manifestabili in più contesti. Il comportamento disadattivo può palesarsi già dall'infanzia, ma solitamente si manifesta nella prima metà dell'età adulta. Per stilare una diagnosi vera e propria è necessario attendere la maggiore età, in quanto durante il periodo adolescenziale, caratterizzato da squilibri e modificazioni ormonali, si potrebbero riscontrare sintomi simili ma non identificabili come veri e propri disturbi. L'individuo con disagio psichico non si rende conto del proprio impatto sugli altri, non tende a cercare aiuto, manifesta sentimenti di ansia, depressione, isolamento sociale, disturbi ossessivo-compulsivi e in casi gravi schizofrenia e psicosi.

1.1 CAUSE MALATTIE MENTALI

Le cause di tali malattie mentali sono ancora poco note: la maggior parte di esse sembra possa derivare da una predisposizione biologica individuale e familiare,

da fattori ambientali quali traumi psicologici o problematiche legate alla famiglia, da eventi stressanti che si verificano nel corso della vita come separazioni traumatiche e lutti da condizioni economiche precarie o da abuso di droghe e sostanze o, ancora, possono essere conseguenze di malattie organiche.

1.2 DIVISIONE DISTURBI DI PERSONALITÀ

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV) dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA) ha diviso in tre gruppi principali i disturbi della personalità, che vengono denominati cluster.

GRUPPO A: caratterizzato da comportamenti definiti “strani” o “paranoici” che vedono l'individuo tendere ad isolarsi e ad essere diffidente.

-Nel disturbo schizotipico di personalità sono evidenziati comportamenti eccentrici, credenze bizzarre, esperienze sensoriali insolite senza sconfinare nell'allucinazione vera e propria.

-Il disturbo paranoide di personalità mostra tendenza alla paranoia e manie di persecuzione.

-Nel disturbo schizoide di personalità è presente la tendenza ad isolarsi volontariamente e il rifiuto alla socialità.

GRUPPO B: l'individuo è egocentrico e narcisista, non ha tendenza all' altruismo e all'empatia verso il prossimo ed è perciò incentrato fortemente solo su sé stesso.

-Nel disturbo antisociale di personalità il soggetto manca di empatia, di rimorso e non rispetta le regole sociali.

-Nel disturbo borderline di personalità si riscontra instabilità di pensiero e di atteggiamento, cambiamenti d'umore improvvisi, scoppi d'ira ingiustificati, impulsività e pensiero incoerente.

-Nel disturbo narcisistico di personalità l'assistito desidera essere sempre al centro dell'attenzione.

GRUPPO C: il soggetto mostra comportamenti "ansiosi" o "paurosi" e ha una bassa autostima di sé stesso.

-Nel disturbo evitante di personalità l'individuo teme gli altri fino alla paranoia, li evita e ha una bassa autostima di sé, rimanendo comunque consapevole di sé stesso.

-Il disturbo ossessivo compulsivo di personalità è caratterizzato dalla ricerca dell'individuo di un perfezionismo eccessivo, di un forte bisogno di controllo e di rigidità.

-Nel disturbo dipendente di personalità la persona colpita ha una forte insicurezza: sente la necessità di avvertirsi indispensabile e di essere approvato, tende a delegare le proprie responsabilità.

NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (NAS): viene attribuita questa diagnosi quando non vengono riscontrati nell'individuo alcuno dei disturbi elencati nel DSM. Essi sono quattro e possono essere inclusi in altri disturbi o esserne le caratteristiche.

-Nel disturbo sadico di personalità il soggetto è crudele verso gli altri e questo suscita in lui un senso di piacere.

-Nel disturbo masochistico di personalità l'individuo prova piacere durante l'autolesionismo e nella sofferenza. Per quanto riguarda il sadismo e il masochismo, questi possono manifestarsi anche in altri tipi di personalità, sotto forma di sadomasochismo o in concomitanza con il narcisismo e la psicopatia.

-Il disturbo depressivo di personalità è stato eliminato sia dal DSM IV e V.

-Nel disturbo di personalità passivo-aggressivo l'assistito colpito non si oppone a cose non gradite ma appare incapace e passivo; cerca di evitare la responsabilità e controlla o punisce gli altri. Spesso egli accetta, con lamentele, di svolgere compiti che non vorrebbe eseguire, poi li compromette, sabotandoli, e diventa sempre più ostile e arrabbiato con il mondo esterno.

Nel DSM V, da un punto di vista categoriale, rimane invariata la distinzione presente nel DSM-IV-TR fra i tre cluster di disturbi di personalità. Viene, però, inserita una visione dimensionale dei disturbi che permette di classificarli in:

GRUPPO A: Disturbi di personalità Schizotipico, Paranoide e Schizoide.

GRUPPO B: Disturbi di personalità Antisociale, Borderline e Narcisistico.

GRUPPO C: Disturbo di personalità Evitante, Ossessivo-Compulsivo.

In questo manuale, inoltre, era stata proposta l'eliminazione o l'accorpamento con altri "tratti di personalità" di alcuni di essi (paranoide, schizoide, istrionico e dipendente) che non è poi stata realizzata. Sono stati invece eliminati i Disturbi Non Altrimenti Specificati e modificati i criteri di diagnosi.

Un'ulteriore suddivisione dei disturbi di personalità viene offerta dalla ICD che è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della Sanità. L'ICD, alla sua decima edizione (ICD-10) classifica i disturbi di personalità in:

- disturbi di personalità specifici;
- altri disturbi di personalità e forme miste;
- modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale;
- disturbi delle abitudini e degli impulsi;

- disturbi dell'identità sessuale;
- disturbi della preferenza sessuale;
- disturbi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale;
- altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto;
- disturbi non specifici della personalità e del comportamento nell'adulto

2. IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Dopo aver affrontato una panoramica sui disturbi di personalità, l'obiettivo di questa tesi è quello di soffermarsi a descrivere le caratteristiche del disturbo borderline di personalità e discuterne il trattamento, in particolare quello cognitivo comportamentale (DBT).

Il disturbo borderline di personalità ha come caratteristiche essenziali la paura del rifiuto, l'instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé, nell'identità e nel comportamento.

Possono essere presenti ira incontrollabile, depressione e più raramente, mania. Tali comportamenti sono presenti fin dall'adolescenza e si manifestano attraverso una varietà di situazioni e contesti.

I sintomi solitamente includono, oltre alla paura del rifiuto, intensi timori di abbandono, rabbia estrema e irritabilità, spesso per ragioni che gli altri hanno difficoltà a comprendere o considerano futili. Le persone con tale disturbo sono spesso impegnate nell'idealizzazione e/o svalutazione degli altri, in un'alternanza tra un'alta considerazione positiva di sé e degli altri e una netta svalutazione. Spesso sono presenti pratiche di autolesionismo, ideazioni suicide, abuso di sostanze e disordini sessuali.

La malattia è riconosciuta nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Dal momento che un disturbo di personalità è una condizione pervasiva,

duratura e inflessibile di esperienze interiori di disadattamento e un comportamento patologico, vi è una generale riluttanza nel diagnosticare questi tipi di disturbi nella prima adolescenza. Tuttavia, senza un precoce trattamento i sintomi possono peggiorare. È in corso un dibattito sulla terminologia da adottare per questo tipo di disturbo, in particolare sull'idoneità della parola "borderline". Nel DSM-5, il nome della malattia è rimasto uguale alle precedenti edizioni. Il disturbo borderline di personalità può essere confuso con il disturbo dell'umore detto disturbo bipolare, ma il passaggio tra depressione e mania /ipomania (e viceversa) è qui molto più rapido e fugace.

I soggetti affetti da disturbo di personalità borderline hanno spesso delle sensazioni confuse riguardo alla loro identità, tendono ad esaminare attentamente l'ambiente esterno per trarne delle indicazioni su come essere, cosa pensare, cosa sentire. Questa sensazione di indeterminatezza può derivare da un'intrinseca incapacità di vivere pienamente la propria intima ed essenziale dimensione relazionale nei rapporti con gli altri, nonché dall'incapacità di esperire il rapporto di continuità che lega il momento presente con il tempo passato e con il futuro. È come se queste persone si trovassero sempre sull'orlo di un abisso. In mancanza delle fondamentali esperienze di relazione e di continuità, l'identità personale non può essere definita ed esperita se non nel contesto del singolo momento presente e ogni occasione di interazione con gli altri diviene un'esperienza di solitudine e

isolamento. Tutto questo conferisce all'identità del soggetto le qualità del variabile e dell'imprevedibile anziché quelle della stabilità, della costanza e della continuità. Inoltre, non esistono altri momenti nel tempo che possano in qualche modo attutire o modulare l'impatto dell'attimo presente. L'esperienza della rabbia o della collera manifestata dell'altro, avvenuta nel contesto di una singola interazione, non può, per l'individuo borderline, essere compensata né dalla consapevolezza di essere impegnato in altre relazioni con persone che non provano collera verso di lui, né dalla possibilità di precedenti o successive interazioni nelle quali quella stessa persona non ha manifestato o non manifesterà alcuna rabbia: "Tu sei arrabbiato con me" diviene, per il soggetto, una realtà indefinitamente prolungata nel tempo. La parte finisce, dunque, per rappresentare il tutto.

2.1 IL DBP E LA COMPROMISSIONE DEI SISTEMI DI REGOLAZIONE DELLE RISPOSTE EMOTIVE

La teoria biosociale del DBP colloca l'alterazione fondamentale di questa patologia in un disturbo primario dei meccanismi di controllo delle risposte emotive. Questa disregolazione emotiva è dovuta a una vulnerabilità di base associata all'incapacità di controllare e regolare le proprie emozioni.

2.1.1 LA VULNERABILITÀ EMOTIVA

Sono tre le caratteristiche tipiche della vulnerabilità emotiva: un'alta sensibilità agli stimoli emotigeni, una notevole intensità dell'emozione da essi provocata nel soggetto vulnerabile e un lento ritorno allo stato emotivo di base. L' "alta sensibilità" sta ad indicare che il soggetto reagisce prontamente agli stimoli ambientali, con una bassa soglia di risposta emotiva. Perciò è possibile provocare in lui una reazione emotiva anche con una debole stimolazione. L' "intensità dell'emozione" significa che la reazione emotiva allo stimolo ambientale è estrema. L'iperemotività ha numerose implicazioni negative: le separazioni precipitano questi soggetti nella più cupa angoscia; ciò che per molti sarebbe motivo di imbarazzo è da loro vissuto come una profonda umiliazione. Inoltre, un lieve contrattempo può essere motivo di rabbia e incontenibilità; la più piccola colpa commessa determina un profondo senso di vergogna e una lieve apprensione basta per scatenare un attacco di panico. Gli aspetti più vantaggiosi dell'iperemotività sono rappresentati dalla tendenza di questi individui all'idealismo, in particolare alla loro predisposizione all'innamoramento e al "colpo di fulmine"; dalla facilità con cui provano sensazioni di gioia e dalla loro sensibilità alle esperienze spirituali. Il "lento ritorno allo stato emotivo" di base significa che le reazioni emotive hanno una lunga durata. Generalmente, le emozioni sono fenomeni brevi, che possono durare qualche secondo;

nell'individuo con disturbo borderline di personalità queste ultime possono avere una durata indefinita anche a causa delle loro risposte emotive.

La peculiarità fondamentale della vulnerabilità emotiva di questi individui è che essa rappresenta una costante: ciò significa che la sensibilità e l'intensità delle emozioni e la tenacia delle risposte emotive negative sono costanti e persistenti nel tempo. Il problema fondamentale di questi assistiti non è soltanto legato all'incapacità di regolare l'attivazione fisiologica associata all'emozione, ma piuttosto ad un'incapacità di modulare l'intero pattern di risposte associate a determinati stati emotivi. Un'intensa attivazione emotiva e l'incapacità di modularla suscitano nel soggetto la sensazione di non aver alcun controllo di sé e di essere in qualche modo imprevedibile. Tali vissuti derivano dall'incapacità di controllare il corso degli eventi interni ed esterni responsabili dell'attivazione emotiva e di modulare le proprie reazioni a essi.

È l'esperienza della propria vulnerabilità che talvolta spinge il soggetto con disturbo borderline di personalità a compiere comportamenti estremi (come i gesti suicidari) che rappresentano un tentativo eclatante, da parte dell'assistito, di prendersi cura di sé e di sollecitare le cure e l'aiuto di coloro che gli sono intorno.

Il suicidio è una possibilità che diviene inevitabile nel momento in cui il soggetto dispera di poter mai gestire o risolvere la propria condizione di vulnerabilità

emotiva. Esso può anche rappresentare l'ultimo tentativo di comunicare il proprio bisogno di aiuto.

2.1.2 CRISI RICORRENTI

Molti individui con disturbo borderline di personalità e con una storia di pregressi gesti autolesivi vivono in costante stato di crisi. Il suicidio, gli atti autolesivi e molti altri comportamenti disadattivi caratteristici del DBP sono di solito interpretati come tentativi incongrui e inadeguati di risolvere i problemi e le difficoltà di tutti i giorni.

Si dovrebbe, invece, considerare questi comportamenti come la risposta del soggetto a un grave, cronico stato di crisi che lo opprime e lo debilita. Tale stato di crisi non è da considerarsi come conseguente all'azione di un singolo evento avverso di eccezionale portata, ma va, piuttosto, considerato come la risultante di ripetuti eventi stressanti e della concomitante iperattività del disturbo di personalità borderline. Berent (1981) ha suggerito che una serie di eventi stressanti ripetuti, insieme a un'incapacità di completo recupero dopo ogni singolo evento, possano determinare una sorta di "indebolimento dello spirito" che può condurre l'individuo a compiere gesti autolesivi o attuare altri comportamenti "d'emergenza". Perciò, dopo ciascun evento stressante, l'assistito non ha la possibilità di tornare al suo stato emotivo di base prima di essere colpito

dall'evento successivo. Tale incapacità di ricostruire lo stato emotivo di base può essere dovuta a diversi fattori. Il soggetto affetto da disturbo borderline di personalità vive tipicamente in un ambiente avversivo, che egli stesso contribuisce a creare, e dal quale a sua volta è controllato. Le inadeguate e insufficienti competenze interpersonali dell'assistito, inoltre, determinano una certa quota di stress sul piano relazionale che gli impediscono di affrontare e risolvere molti dei suoi problemi. Un' altrettanto inadeguata rete di supporto sociale, rappresentata dall'ambiente invalidante, gli preclude ogni possibilità di controllo sugli eventi avversi del proprio ambiente e gli impedisce di sviluppare le capacità necessarie a tal fine.

I soggetti con disturbo borderline di personalità sono spesso incapaci di superare in maniera autonoma la loro perpetua condizione di stress; le crisi che si susseguono incessantemente possono interferire con la pianificazione della terapia. Un altro risvolto problematico delle crisi ricorrenti di questi individui, nel corso della terapia, è la facilità con la quale i membri della coppia terapeutica rischiano di smarrirsi nei meandri della crisi stessa. Una volta che l'assistito abbia perso ogni capacità di controllo delle proprie reazioni emotive, la crisi può subire un'escalation e diventare estremamente complessa, tanto che né l'assistito né l'operatore saranno più in grado di mettere a fuoco l'evento o il problema iniziale che l'ha precipitata. Spesso ciò deriva dalla tendenza dell'assistito di rimuginare

sugli eventi traumatici del passato: questo non solo prolunga la crisi ma ne genera anche altre.

2.1.3 INIBIZIONE DELLE EMOZIONI NEGATIVE

All'estremo opposto, rispetto alle crisi ricorrenti, si osserva una peculiare tendenza del soggetto con disturbo borderline di personalità a evitare, negare o inibire i vissuti e le manifestazioni espressive legate agli stati affettivi più intensamente e acutamente dolorosi. "Inibizione delle emozioni negative" è un'espressione che si riferisce a un pattern caratterizzato da perdite ed eventi traumatici significativi e ripetuti e dall'incapacità di viverli ed esperirli pienamente, elaborarli, integrarli nella propria storia personale e, infine, superarli. Una crisi implica sempre una qualche forma di perdita, che può configurarsi come tale su un piano reale e materiale (per esempio la perdita del lavoro, di una persona che muore o la perdita del patrimonio), su un piano psicologico soggettivo (perdita del senso della propria prevedibilità e del proprio autocontrollo causata da improvvise e inaspettate modificazioni della situazione ambientale, perdita della speranza di poter mai fare affidamento sui propri genitori quando si riconoscono una volta di più i loro limiti) o in funzione della modalità peculiare con cui l'assistito attribuisce a un evento un qualsiasi risultato di perdita (sentire di aver perduto la possibilità di essere accettati quando le osservazioni e i commenti

dell'altro vengono interpretati come critica o disapprovazione). Il susseguirsi di eventi ripetuti con significato di perdita ha due conseguenze fondamentali. Innanzitutto, quando sono precoci, improvvise o inaspettate, le perdite determinano una particolare condizione di ipersensibilità alle perdite successive. In secondo luogo, una serie di perdite ripetute può portare a un “sovraccarico di lutto”. Il DBP e i comportamenti parasuicidari (ovvero quei gesti suicidari non letali) sono significativamente correlati con una storia di uno o più traumi o perdite avvenuti in età precoce. Molti studi indicano che i soggetti con disturbo borderline di personalità presentano all'anamnesi una più alta frequenza di separazione da un genitore durante l'età infantile, a causa di divorzi o decessi, più alti tassi di separazione dalle figure di accudimento in età precoce, e da una più alta prevalenza di abusi fisici e di grave carenza di cure da parte degli adulti significativi, rispetto ad altre categorie di soggetti psichiatrici.

2.1.4 DIFFICOLTA' DI ELABORAZIONE DELLA PERDITA NEI SOGGETTI BORDERLINE

I soggetti con disturbo borderline di personalità non fanno parte di quel gruppo di individui in grado di gestire in maniera efficace il processo di elaborazione della perdita. Essi sembrano, piuttosto, incapaci di tollerare lo stato di sofferenza acuta della fase iniziale, nonché di attraversarla e superarla, per passare alle fasi successive. Anziché procedere verso la fase finale di risoluzione e accettazione

della perdita subita, essi persistono nella fase iniziale del processo ricorrendo continuamente all'attuazione di risposte comportamentali di evitamento. Per tale motivo, questo peculiare impedimento al progressivo e fisiologico svolgersi del processo di elaborazione e superamento delle perdite non fa altro che esacerbare gli effetti deleteri di ogni evento stressante, e perpetua in un circolo vizioso. L'incapacità di questi soggetti di elaborare le perdite è un fenomeno più che comprensibile: una persona, infatti, può tollerare uno stato di sofferenza o un'esperienza penosa solo se può confidare nel fatto che essa un giorno avrà un termine, che potrà elaborarla, accettarla e infine superarla.

I soggetti con disturbo borderline di personalità, invece, affermano di avere la sensazione che, se dovessero mai cominciare a piangere, non smetterebbero più. E in realtà è proprio questa la loro più comune esperienza: la sensazione di non poter assolutamente controllare o modulare le risposte emotive. Essi sembrano, in effetti, sviluppare una vera e propria forma di "fobia per la sofferenza". Questi individui, perciò, sono continuamente riesposti all'esperienza della perdita, poiché iniziano il processo di elaborazione del lutto, lo inibiscono autonomamente, evitando o negando gli stati e gli stimoli correlati all'evento, rientrano nel processo, e così via, secondo un modello circolare che non ha mai fine. A causa dell'evitamento, l'esposizione agli stimoli interni ed esterni associati alla perdita, e al conseguente stato di sofferenza, non viene mai sostenuta

dall'assistito per un tempo sufficientemente lungo da ottenere la desensibilizzazione.

Il compito principale dell'operatore è quello di aiutare il soggetto affetto da disturbo borderline di personalità ad affrontare apertamente le perdite e gli eventi traumatici della propria vita, a esperire pienamente i conseguenti vissuti dolorosi ed a esprimerli integralmente. Il modo migliore per ottenere tutto ciò è affrontare esplicitamente l'argomento durante le sedute; ottenere l'effetto desiderato non è spesso facile, poiché sovente l'assistito resiste attivamente a queste indicazioni. Alcuni soggetti hanno bisogno di parlare a lungo delle loro precedenti esperienze traumatiche, e in particolar modo degli abusi subiti in età infantile, prima di poter essere in grado di invertire la tendenza all'inibizione delle emozioni legate a questi eventi. Anche quando si riesce a ottenere che l'assistito accetti di affrontare il problema di un particolare trauma o di una perdita subita, accade spesso che egli interrompa la comunicazione nel bel mezzo della seduta, rimanendo in completo silenzio o, comunque, dando solo minimi segnali di comunicatività.

3. DILEMMA DIALETTICO

3.1 IL DILEMMA DIALETTICO DELL'ASSISTITO

Durante il susseguirsi di crisi ricorrenti e nell'inibizione delle emozioni negative, l'individuo con disturbo borderline di personalità si trova ad affrontare due dilemmi. In primo luogo gli è molto difficile, se non impossibile, inibire le proprie reazioni emotive ed evitare o annullare attivamente l'esposizione alle istanze psicologiche correlate al trauma e alla perdita, mentre si trova in uno stato di crisi perpetua. In secondo luogo, sebbene l'inibizione delle risposte affettive conseguenti al processo dell'elaborazione del lutto possa risultare utile per gestire la sofferenza psicologica nell'immediato, a lungo andare essa si rivela svantaggiosa e gli impedisce di sollecitare il supporto sociale di cui necessita. In realtà, i meccanismi di evitamento che caratterizzano l'inibizione delle emozioni negative consistono essenzialmente in comportamenti impulsivi disfunzionali come il consumo di alcool, l'abuso di droghe, la guida spericolata, lo sperpero di denaro e l'abbandono delle situazioni. Questi comportamenti non fanno altro che innescare nuovi motivi di crisi.

La persona con disturbo borderline di personalità tende a oscillare continuamente tra due estremi: a momenti egli si mostra estremamente vulnerabile alle crisi, mentre in altre circostanze tende a inibire tutte le esperienze affettive correlate alle crisi stesse. Il problema principale è che quando l'esperienza correlata ad

ognuno di questi due estremi si intensifica, diventa sempre più difficile impedirsi di saltare improvvisamente e automaticamente all'estremo opposto.

3.2 IL DILEMMA DIALETTICO DELL'OPERATORE

Il dilemma dialettico dell'operatore è senz'altro quello di riequilibrare le proprie risposte a fronte della natura oscillante del disagio dell'assistito. Il compito dell'operatore è quello di aiutarlo a comprendere meglio le proprie modalità di reazione e, in seguito, sostenere le realistiche speranze di poter sopravvivere psicologicamente al doloroso processo di elaborazione e superamento delle perdite. Tutto questo richiede che l'assistito venga guidato all'apprendimento delle abilità necessarie per compiere tale processo, nonché all'acquisizione delle strategie utili a una serena accettazione della perdita e alla riorganizzazione della propria vita nel momento presente, pur nella mancanza di ciò che si è perduto. Allo stesso tempo, l'operatore deve anche saper validare e sostenere le esperienze emotive dell'assistito e le difficoltà che egli incontra nel susseguirsi delle crisi ricorrenti che caratterizzano il corso della sua vita. Offrire una generica comprensione senza un aiuto concreto a gestire la crisi può, ovviamente, risultare ancora più deleterio che mostrarsi completamente indisponibili all'aiuto e al sostegno. Tuttavia, ogni possibile forma di aiuto concreto da parte dell'operatore richiede che l'assistito accetti di affrontare la crisi, piuttosto che cercare di

evitarla. Lo scopo essenziale della terapia sarebbe mirare alla progressiva acquisizione, da parte dell'assistito, della capacità di entrare profondamente in contatto con il proprio dolore e di superarlo attraverso il percorso psicologico di elaborazione del lutto. L'obbiettivo ultimo per l'assistito è quello di imparare a costruire e ricostruire la propria vita in funzione della realtà attuale.

4. TERAPIA DIALETTICO COMPORTAMENTALE

La terapia dialettico comportamentale è un trattamento cognitivo comportamentale ideato da Marsha Linehan, professoressa di Psicologia Clinica presso la Washington University di Seattle. Inizialmente questa teoria era stata sviluppata per trattare soggetti con condotte suicidarie o parasuicidarie; in seguito fu applicata agli individui con disturbo di personalità borderline. Molti studi empirici hanno sottolineato l'efficacia della terapia dialettico comportamentale nei soggetti con disturbo di personalità borderline, evidenziando la riduzione dei gesti autolesivi, dei comportamenti suicidari, del ricorso all'ospedalizzazione, dell'abbandono delle cure e dell'abuso di sostanze.

Marsha Linehan descrive la sua esperienza di operatore attraverso l'utilizzo di un'immagine: è come se operatore e assistito si trovassero alle due estremità di un'altalena a saliscendi, collegati attraverso il suo asse. La terapia è rappresentata dal loro reciproco movimento in su e in giù, mentre ciascuno dei protagonisti si sposta avanti e indietro lungo l'asse, nel tentativo di bilanciare l'altalena, in modo da raggiungere uno stato di equilibrio che consenta loro di incontrarsi a metà strada dell'asta e accedere a un livello più elevato. Durante questo processo, ai continui movimenti dell'assistito avanti e indietro sull'altalena, dall'estremità verso il centro e viceversa, corrispondono i movimenti dell'operatore che tenta di mantenere una condizione di equilibrio. È evidente, però, che il compito

dell'operatore non è solo quello di mantenere l'equilibrio, bensì di mantenerlo in modo tale che sia lui sia l'assistito avanzino sempre verso il centro dell'asta senza mai indietreggiare.

In termini dialettici, le estremità dell'altalena vengono descritte come gli opposti (“tesi” e “antitesi”), mentre il reciproco movimento verso il centro dell'altalena e lo spostamento al livello successivo rappresentano la loro integrazione o “sintesi”.

Con il passare del tempo, il termine dialettica, nell'accezione secondo la quale viene utilizzata nell'ambito della terapia comportamentale, è giunto a designare due differenti ambiti di significato: quello che riguarda l'intima natura del reale e quello inerente alla relazione; lo scambio e il dialogo persuasivo. Ma, soprattutto, in quanto forma di comunicazione e rapporto, il termine “dialettica” si riferisce a strategie impiegate dall'operatore per realizzare nell'assistito qualunque forma di cambiamento e trasformazione. Dal punto di vista del dialogo e della relazione, il termine si riferisce al cambiamento ottenuto attraverso l'uso della persuasione e delle opposizioni tra assistito e operatore intrinseche alla natura stessa della relazione terapeutica.

Quindi, contrariamente al pensiero analitico, la dialettica è un'impostazione che coinvolge e prende in considerazione l'individuo nella sua totalità. Essa consiste in un processo di progressivo coinvolgimento dell'individuo nel dialogo, finalizzato al cambiamento e al movimento, tramite l'opposizione terapeutica dei

loro punti di vista contraddittori; l'assistito e l'operatore possono pervenire insieme all'edificazione di nuovi significati nel contesto dei vecchi e avvicinarsi sempre di più all'essenza di ciò che si sta prendendo in esame in quel determinato momento. Marsha Linehan spiega come ha iniziato a ricercare la validità degli attuali comportamenti degli assistiti non in funzione delle loro esperienze passate, ma nell'attualità del momento presente. Questa impostazione le ha consentito di superare il semplice atteggiamento empatico verso l'assistito e fare della validazione l'elemento basilare della DBT. La stessa idea le ha permesso di condurla alla formulazione del concetto di "mente saggia", attraverso cui ha voluto sottolineare l'insieme degli aspetti sani che sono sempre presenti in ogni assistito. La DBT, infatti, prende le mosse dal principio fondamentale che ogni individuo è capace di saggezza, di giudizio e di discernimento rispetto alle proprie scelte di vita, anche se queste facoltà non sono sempre ovvie o accessibili. L'operatore di orientamento dialettico comportamentale deve confidare nel fatto che ogni assistito abbia già in sé tutto il potenziale necessario al cambiamento e che gli elementi essenziali per la crescita e la trasformazione siano già presenti nella situazione attuale.

4.1 PASSI CRUCIALI DEL TRATTAMENTO

L'operatore crea per l'assistito un contesto caratterizzato da validazione piuttosto che da biasimo e, dentro tale contesto, interrompe o estingue i comportamenti "cattivi", facilita l'espressione di comportamenti "buoni", in modo da rinforzare il fatto che l'assistito riduca i primi ed estingua i secondi. In una prima fase i comportamenti vengono identificati ed elencati in ordine di importanza. I requisiti distintivi dell'operatore sono identificabili nella partecipazione empirica, nella coerenza, nella pazienza, nella convinzione circa l'efficacia della terapia che alla lunga l'avrà vinta sulle credenze dell'assistito circa la sua inefficacia, e nella volontà di mettersi alla prova e correre dei rischi. Per realizzare tali obiettivi è necessaria tutta una serie di passaggi che verranno esposti in seguito.

4.1.1 PREPARAZIONE DEL SETTING

La strategia iniziale da compiere ancor prima dell'inizio della terapia vera e propria è quello di condividere gli obiettivi e le procedure terapeutiche. L'operatore deve riuscire ad ottenere l'attenzione dell'assistito. La DBT è molto precisa in merito all'ordine e all'importanza dei vari obiettivi della terapia. Comportamenti suicidari, parasuicidari e pericolosi per l'incolumità dell'assistito devono essere necessariamente al primo posto. Comportamenti che mettono a rischio il processo terapeutico si trovano al secondo posto. I problemi che

impediscono di sviluppare un livello soddisfacente di qualità della vita sono al terzo posto. Durante il percorso terapeutico, l'assistito imparerà nuove abilità di coping da poter utilizzare come sostituzione di quelle disfunzionali abitualmente utilizzate; il quarto posto per importanza è costituito dalla stabilizzazione di queste abilità comportamentali. Una volta raggiunti questi obiettivi, il lavoro riguardante eventuali situazioni traumatiche irrisolte sale al primo posto, seguito dall'aiuto all'assistito nel raggiungimento delle capacità di autovalidazione e di rispetto di sé. Gli assistiti che non concordano circa la necessità di lavorare sulla riduzione dei comportamenti suicidari e parasuicidari e sugli stili interpersonali che interferiscono con la terapia, così come sullo sviluppo delle abilità comportamentali, non possono accedere alla terapia stessa. I potenziali assistiti vengono orientati verso altri aspetti della terapia, incluse le modalità con cui essa si svolgerà e ogni regola di base che la caratterizza. Gli assistiti che non accettano le regole di base non possono accedere alla terapia. In circostanze in cui l'assistito non può per ragioni legali o etiche essere escluso dal trattamento, è necessario l'inserimento in un programma terapeutico alternativo. L'adesione dell'assistito ai termini della DBT dovrà essere riportata alla sua attenzione quando proverà a modificare o violare le regole.

4.1.2 INSTAURARE UNA RELAZIONE

L'operatore ha il compito, sin dall'inizio, di instaurare una forte relazione interpersonale con l'assistito. Questo è essenziale, poiché la relazione con l'operatore è spesso l'unico rinforzo efficace nel soggetto con disturbo borderline di personalità, nella gestione e nel cambiamento di un suo comportamento. Con l'assistito ad alto rischio suicidario, la relazione forte con l'operatore sembra essere proprio l'unica cosa che tiene il soggetto in vita quando tutto il resto sembra "andare a rotoli". In modo simile a molti approcci terapeutici, la DBT si basa sulla premessa per cui l'esperienza di sentirsi genuinamente accettato e accudito ha un valore di per sé, al di là di ogni cambiamento determinato dalla terapia. Non appena questa relazione si stabilisce, però, l'operatore comunica all'assistito che le regole sono cambiate. Mentre l'assistito inizialmente credeva che, se fosse guarito, avrebbe perso l'operatore, ora viene informato che, invece, nel caso in cui non migliorasse, perderebbe l'operatore ancora più rapidamente. La DBT è stata anche definita "terapia del ricatto" in quanto l'operatore è disposto a mettere a repentaglio la qualità della relazione in cambio dello sviluppo del comportamento da parte dell'assistito.

4.1.3 MANTENERE UN ATTEGGIAMENTO DIALETTICO

La tensione dialettica centrale nella DBT è quella tra cambiamento e accettazione. Il concetto paradossale, però, è che il cambiamento terapeutico può verificarsi esclusivamente in un contesto di accettazione; d'altronde, l'accettazione del dato attuale è di per sé stessa cambiamento. La DBT quindi richiede che l'operatore bilanci cambiamento e accettazione in ogni interazione con l'assistito. L'operatore esercita il controllo sulla terapia e a volte sull'assistito per promuovere la libertà e l'autocontrollo dell'assistito stesso. Mantenere un atteggiamento dialettico comporta anche che l'operatore modelli e rinforzi stili di risposta dialettici.

4.2 APPLICARE STRATEGIE DI BASE

Il nucleo centrale della terapia è costituito dall'applicazione di strategie di problem solving, equilibrate da strategie di validazione. Dal punto di vista dell'assistito i comportamenti disadattivi costituiscono spesso le soluzioni ai problemi che vogliono risolvere o eliminare. Dal punto di vista dell'operatore, comunque, i comportamenti disadattivi costituiscono essi stessi dei problemi che devono essere risolti.

4.2.1 LA VALIDAZIONE

Nella terapia degli individui con disturbo borderline di personalità, per gli operatori è spesso difficile mantenere un atteggiamento validante. La validazione è necessaria perché rappresenta la controparte dialettica delle strategie basate sul cambiamento. La giusta proporzione tra le due componenti strategiche dipende dalle caratteristiche dei diversi assistiti e dalle varie fasi che attraversano nel proprio trattamento. In linea di massima, con gli assistiti poco assertivi, che prediligono il linguaggio non verbale e tendono, in situazioni di conforto, a ritirarsi, sarà necessario far pendere la bilancia dalla parte delle strategie di validazione che, pur presentando egualmente aree di vulnerabilità e sensibilità, sono comunque in grado di “reggere” nei momenti in cui si sentono contrastati. Un principio valido in tutti i casi consiste nel definire il peso relativo delle strategie di cambiamento, utilizzando le prime in misura direttamente proporzionale ai livelli di stress presenti nell’ambiente. Allo stesso modo, è necessario dare più spazio alla componente validante nei momenti in cui si stanno per affrontare aspetti di particolare importanza. Queste strategie sono necessarie per insegnare a un assistito come validare sé stesso. Egli, infatti, si trova spesso a doversi confrontare con due fonti di informazioni inconciliabili, ma che esercitano su di lui una forte pressione: da una parte ci sono le sue reazioni, dall’altra le risposte degli altri, differenti dalle sue ma egualmente pregnanti.

Sebbene all'interno della terapia dialettico comportamentale non si esclude che gli assistiti con disturbo di personalità borderline possano, a volte, narrare gli eventi in modo distorto, resta prioritaria la necessità di considerare la verità presente. La distorsione della realtà, infatti, è spesso conseguenza di un disturbo emotivo. Gli assistiti spesso, raccontano le cose in modo esagerato per vedere validata una posizione che in origine aveva la sua piena giustificazione. Il segreto per un uso efficace delle strategie di validazione consiste nella capacità di identificare i momenti in cui vanno introdotte e quelli in cui è il caso di cambiare registro. Operare queste distinzioni può essere particolarmente difficile, specialmente quando sono in gioco o si attivano forti emozioni: in alcuni assistiti, se l'operatore lo permette, la terapia rischia di diventare poco più di una catarsi emotiva. Se si vuole andare avanti, bisogna infatti interrompere i momenti di maggiore espressione emotiva e passare alle fasi di risoluzione dei problemi. La migliore strategia, a volte, consiste nel trascurare gli elementi di angoscia e passare direttamente a considerare i problemi che devono essere risolti.

Così come accade per le altre strategie presenti nella terapia dialettico comportamentale, l'uso della validazione deve essere intenzionale e finalistico: bisognerebbe utilizzarla, per esempio, quando c'è la necessità di calmare un assistito troppo coinvolto emotivamente per affrontare qualsiasi argomento. Allo stesso modo, con la validazione si possono riparare alcuni errori terapeutici e

facilitare lo sviluppo della capacità dell'assistito di osservarsi senza emettere giudizi e descriversi in modo non dispregiativo.

STRATEGIE DI VALIDAZIONE EMOTIVA

Gli assistiti con disturbo di personalità borderline vivono in una condizione di instabilità nella quale si alternano momenti di inibizione emotiva e momenti di intensa reattività: alcuni di loro presentano una tipica tendenza a inibire tutte le manifestazioni emotive che potrebbero sorgere nell'ambito della relazione terapeutica; altri sembrano vivere costantemente in uno stato di crisi emotiva, altri ancora oscillano tra l'una e l'altra condizione. Una persona che soffre di questo disturbo non riesce, di solito, a identificare le emozioni che sta provando. Questo succede il più delle volte perché si tratta di emozioni che si sovrappongono e si succedono con estrema rapidità. In alcuni casi la risposta emotiva secondaria dell'assistito può essere così intensa e drastica da causare la disgregazione o l'inibizione dell'emozione primaria.

FACILITARE LE ESPRESSIONI EMOTIVE

L'operatore, durante l'interazione con l'assistito, dovrebbe cercare di garantire un clima contenitivo e strutturato, quel tanto che basta a rendere più facile la

comunicazione delle emozioni, ma senza giungere al punto di causare un ulteriore ritiro. Per far sì che questo accada è utile, molte volte, chiedere all'assistito cosa sta provando e lasciargli un po' di tempo per rispondere. È necessario avere pazienza, tollerare un po' di silenzio, ma anche saper giudicare se questa situazione si sta prolungando oltre misura, dato che silenzi troppo lunghi possono provocare ulteriori ritiri.

INSEGNARE A OSSERVARE E DENOMINARE LE EMOZIONI

Alcuni individui con disturbo di personalità borderline presentano una capacità di osservare e denominare le loro emozioni molto sviluppata; altri non riescono a farlo e vivono spesso in uno stato di continua confusione emotiva: sanno di provare qualcosa ma non riescono a rappresentare mentalmente ed a tradurre in parole le loro percezioni.

Quando si ha a che fare con questi individui è utile, spesso, insegnare loro un modo per osservare e denominare le componenti parziali dell'emozione, senza dover necessariamente procedere a una descrizione "globale". Nella terapia dialettico comportamentale viene insegnato agli assistiti come osservare e denominare gli eventi scatenanti, i pensieri e le interpretazioni associate, le reazioni fisiche e le sensazioni correlate con l'esperienza emotiva, i desideri e le intenzioni che accompagnano l'emozione.

LEGGERE LE EMOZIONI

“Leggere le emozioni” di un’altra persona equivale a leggere nella sua mente. Molti terapeuti non sono in grado di “leggere” le emozioni, oppure non sono d’accordo sull’opportunità di farlo e insistono affinché siano gli assistiti stessi a comunicare verbalmente come si sentono e cosa vogliono. L’operatore per leggere le emozioni deve avere una certa familiarità con la cultura di origine dell’assistito. Potranno essere utili, inoltre, la conoscenza delle sue condizioni attuali e dei fattori che scatenano le reazioni emotive, integrata con l’osservazione dei comportamenti verbali e non verbali che vengono attuati. La competenza dell’operatore di “leggere” le emozioni dell’assistito sarà, quindi, tanto più grande quanto più simili saranno le loro esperienze “apprese”.

COMUNICARE LA VALIDITA’ DELLE EMOZIONI

Il modo migliore per validare le emozioni percepite dell’assistito consiste nella comunicazione esplicita, da parte dell’operatore, della loro comprensibilità. Per far questo si possono percorrere due strade. La prima consiste in una validazione di tipo “normativo”: si informa l’assistito che la maggior parte delle persone, se non tutte, reagirebbero in modo molto simile a lui se si trovassero nella sua stessa condizione. La seconda consiste nel comunicare che le risposte emotive dell’altro

possono essere comprese quando sono considerate in modo contestuale, tenendo conto delle sue esperienze passate di apprendimento.

STRATEGIA DI VALIDAZIONE COMPORTAMENTALE

Le strategie di validazione comportamentale sono utilizzate in ogni seduta e costituiscono gli strumenti principali per affrontare la tendenza, diffusa tra gli assistiti con disturbo di personalità borderline, a togliere valore e “punire” il loro stesso modo di comportarsi. Il principio fondamentale a cui si ispira questa tecnica è di permettere all’assistito di riferire, in modo chiaro, i comportamenti attuati, per procedere poi comunicando la loro sostanziale comprensibilità.

INSEGNARE A OSSERVARE E DESCRIVERE IL COMPORTAMENTO

La descrizione delle forme comportamentali più elementari o strutturate costituisce un elemento fondamentale di ogni relazione di aiuto. Gli assistiti con disturbo di personalità borderline, spesso, sono poco consapevoli dei loro modi di comportarsi e degli effetti che generano sugli altri. L’operatore deve aiutare l’assistito a osservare e descrivere il proprio comportamento, aiutandolo a distinguere i comportamenti dalle inferenze e dai giudizi.

IDENTIFICARE GLI IMPERATIVI COMPORTAMENTALI

Gli assistiti con disturbo di personalità borderline e quelli con tendenze suicidarie esprimono spesso verso sé stessi intensi sentimenti di rabbia, colpa o disappunto per essersi comportati in un modo che giudicano inaccettabile. L'operatore aiuta l'assistito a identificare i suoi "imperativi comportamentali", osserva e descrive le richieste comportamentali che egli fa a sé stesso in modo impositivo e gli standard irrealistici ai quali vorrebbe adeguare il suo comportamento per poterlo accettare. Inoltre, è importante, che l'operatore neutralizzi tali imperativi comportamentali, comunicando all'assistito che in linea di massima sono comportamenti comprensibili.

STRATEGIE DI VALIDAZIONE COGNITIVA

Nelle strategie di validazione cognitiva, l'operatore ha come primo compito quello di capire esattamente quello che l'assistito pensa, quali sono le sue aspettative, i fondamenti e le strutture delle rappresentazioni cognitive con le quali organizza la sua visione del mondo. Si tratta di un'operazione difficile, poiché gli assistiti con disturbo borderline di personalità non sono in grado di definire quello che stanno pensando dato il forte flusso di pensieri che li sovrasta.

DISTINGUERE I FATTI DALLE INTERPRETAZIONI

L'operatore dovrebbe utilizzare attentamente le sue domande per cercare di assumere informazioni sui fatti accaduti all'assistito, sulle persone coinvolte e sulla natura delle interazioni che si sono venute a determinare.

Questo può essere molto difficile, poiché l'assistito riferisce un suo modo di interpretare il comportamento osservato in un'altra persona o la sua previsione degli svolgimenti futuri. La cosa più importante è che l'operatore creda, sin dall'inizio dell'interazione, alla realtà del comportamento riferito e riconosca all'interpretazione dell'assistito una sua ragionevolezza.

RISPETTARE LE DIVERSITA' DEI PRINCIPI INDIVIDUALI

Può capitare che assistito e operatore abbiano opinioni diverse e facciano riferimento a principi differenti. Una componente essenziale degli interventi di validazione cognitiva consiste nella capacità dell'operatore di rispettare queste differenze e non assumere un atteggiamento di superiorità.

STRATEGIE DI SOSTEGNO E DI INCORAGGIAMENTO

È molto utile ed importante che l'operatore ripeta spesso all'assistito che è consapevole della sua intenzione di progredire e degli sforzi che, per quanto

possibile, sta facendo in tal senso. L'operatore deve incoraggiare ed esprimere attivamente le sue speranze e la fiducia che l'assistito possa farcela, deve ridurre le critiche che quest'ultimo possa ricevere dall'ambiente esterno, comunicando all'assistito la sua solidarietà.

4.2.2 IL PROBLEM SOLVING

Nella teoria dialettico comportamentale le strategie di cambiamento sono quelle fondate nel problem solving. Le strategie di problem solving, utilizzate nella terapia per i soggetti con disturbo borderline di personalità, sono basate su un approccio attivo attraverso il quale è possibile fronteggiare le risposte passive e disperate che osserviamo frequentemente in questi assistiti.

LIVELLI DI PROBLEM SOLVING

PRIMO LIVELLO

A un primo livello si può considerare l'intero programma della terapia dialettico comportamentale come un'applicazione di strategia di problem solving a una situazione in cui la vita stessa dell'assistito rappresenta il problema, mentre il trattamento ne costituisce l'applicazione.

SECONDO LIVELLO

La terapia dialettico comportamentale utilizza un modello d'intervento molto flessibile, che include diverse strategie cliniche e varie prassi operative. Il secondo livello del processo di problem solving consiste nella definizione specifica delle procedure che si devono utilizzare, di volta in volta, in relazione alle caratteristiche dell'assistito, del problema che si deve considerare e della situazione attuale.

TERZO LIVELLO

A un terzo livello, il processo di problem solving implica la considerazione degli eventi problematici che si svolgono nella vita quotidiana dell'assistito. Una seduta di terapia dialettico comportamentale inizia, spesso, con una descrizione degli eventi accaduti nell'ultima settimana, che si svolge mentre si passano in rassegna le schede settimanali o si fa il punto sull'ideazione suicidaria e i comportamenti parasuicidari che possono aver caratterizzato il periodo trascorso dall'ultima seduta.

STRATEGIE DI PROBLEM SOLVING

Il processo di problem solving è caratterizzato da due stadi: in un primo tempo si cerca di comprendere e accettare l'esistenza del problema; in un secondo momento bisogna trovare, valutare e adottare le soluzioni possibili, tenendo conto della validità che possono aver avuto in passato e di quella che possono avere in futuro, in situazioni analoghe. Nella prima fase si svolge un'analisi comportamentale utilizzando strategie di insight e didattiche; nella seconda, si definisce il tipo di cambiamento che si vuole perseguire, analizzando le possibili soluzioni per farlo e utilizzando le strategie di orientamento e quelle di definizione degli impegni. Nel caso degli assistiti con disturbo borderline di personalità, il processo di problem solving è complicato enormemente dalla loro tendenza a rappresentarsi, spesso, in modo negativo e dalla difficoltà che hanno nel regolare i conseguenti stati di angoscia.

Per svolgere un'analisi comportamentale bisogna considerare la catena di eventi e di condizioni ambientali che hanno preceduto e fatto seguito a un comportamento problematico. Questa analisi va condotta prestando grande attenzione ai particolari e alle interazioni reciproche che si stabiliscono tra l'ambiente e le risposte cognitive, emotive e comportamentali dell'assistito. L'analisi del problema non deve includere connotazioni di giudizio e bisogna prestare attenzione alla facilità con cui l'assistito può incorrere in reazioni di

panico o in autovalutazioni crudeli e implacabili. Una caratteristica peculiare di questi giudizi critici è che il loro oggetto può cambiare molto rapidamente: se in un primo momento l'assistito può considerare sé stesso come causa unica del problema, in un secondo momento potrà accusare coloro che lo circondano. Il compito dell'operatore sarà quello di fornire informazioni di valore "didattico" sulle caratteristiche degli esseri umani e su alcuni aspetti generali del comportamento, facendo riferimenti più specifici alle persone con disturbo di personalità borderline. Queste informazioni avranno l'effetto di "normalizzare" il comportamento del soggetto e potranno essere utilizzate per sviluppare ipotesi sui fattori che lo sostengono e su quelli che potrebbero favorire un processo di cambiamento.

Il secondo stadio del problem solving inizia con la valutazione e la formulazione delle diverse soluzioni di cui si potrà disporre per affrontare un problema futuro. Una volta stabilite tali soluzioni, l'assistito e l'operatore passeranno in rassegna i requisiti generali per poterle utilizzare. Entrambi si impegneranno affinché le soluzioni concordate possano realmente essere messe in pratica.

4.3 MODALITA' DI TRATTAMENTO DELLA DBT

Il termine "modalità" fa riferimento alle varie componenti che costituiscono la DBT e al modo con cui esse vengono applicate. Nelle ricerche volte a validare

l'efficacia della DBT come trattamento ambulatoriale, essa è stata erogata con quattro differenti modalità parallele: terapia individuale, gruppi di skills training, consulenza telefonica, supervisione dell'operatore. In aggiunta, molti assistiti hanno ricevuto trattamenti ausiliari.

4.3.1 TERAPIA INDIVIDUALE AMBULATORIALE

Nella DBT standard ogni assistito ha un operatore individuale, che è anche il referente principale per quell'assistito nell'équipe di lavoro. L'operatore individuale è responsabile rispetto all'obiettivo della sospensione dei comportamenti disadattivi e della loro sostituzione con risposte adattive efficaci. Le sedute individuali hanno solitamente cadenza settimanale. All'inizio del trattamento, e durante i periodi critici, tale frequenza può essere aumentata a due sedute settimanali; la loro durata generalmente varia dai 50-60 ai 90-110 minuti. Le sedute più lunghe sono dedicate ad assistiti con difficoltà di "apertura" o "chiusura" del lavoro terapeutico riguardante gli stati emotivi, nel caso in cui ciò avvenga in una seduta di breve durata. La durata della seduta può variare durante il trattamento in base agli obiettivi specifici che devono essere raggiunti. Quando prolungare una seduta risulta impossibile a causa di problemi organizzativi, può essere concordata una consultazione telefonica per la sera stessa, oppure può essere programmata una seduta per il giorno successivo.

Molti soggetti con disturbo borderline di personalità che hanno già sperimentato uno o più tentativi di cura che sono poi falliti, possono aver consolidato determinate convinzioni in merito al tipo di persona che hanno come operatore. L'operatore individuale viene assegnato in base a una revisione d'équipe del colloquio di accoglimento di ciascun assistito, della sua storia e di eventuali richieste. Un assistito può cambiare operatore nel caso in cui lo desideri e se un altro operatore è disponibile e motivato a lavorare con lui.

4.3.2 SKILLS TRAINING

Tutti gli assistiti devono afferire a un programma strutturato di skills training durante il primo anno di trattamento. Gli assistiti, generalmente, non possono partecipare allo skills training senza intraprendere un percorso psicoterapeutico individuale parallelo. La terapia individuale è necessaria per aiutare l'assistito a integrare nella vita quotidiana le nuove abilità apprese. Lo skills training è condotto con un formato psicoeducativo; è di solito costituito da gruppi aperti, con cadenza settimanale, della durata di due ore circa, ma possono essere utilizzate anche altre modalità. In alcuni contesti lo skills training è stato suddiviso in due incontri settimanali della durata di un'ora ciascuno.

In strutture particolarmente grandi si può effettuare un incontro di gruppo allargato per la trattazione del materiale inerente a nuove abilità, e anche incontri

di sottogruppi, con un minor numero di partecipanti, per la revisione dei “compiti a casa”.

4.3.3 TERAPIA DI GRUPPO SUPPORTIVA

Dopo aver completato lo skills training, gli assistiti che afferiscono al programma della Linehan, se lo desiderano, possono scegliere di partecipare a una terapia di gruppo supportiva. Questi gruppi sono continuativi e aperti e gli assistiti generalmente vi partecipano definendo il proprio impegno per un periodo di tempo limitato e rinnovabile. Gli assistiti che aderiscono a questa terapia devono, per rientrare nella DBT standard, avere in corso un trattamento con un operatore individuale.

4.3.4 CONSULENZA TELEFONICA

La consulenza telefonica tra le sedute con l'assistito in terapia individuale ambulatoriale è l'elemento essenziale della DBT per diversi motivi. Molti soggetti con disturbo borderline di personalità o con tendenze suicidarie hanno enormi difficoltà a chiedere aiuto in modo efficace. Alcuni possono essere frenati dalla paura o dalla vergogna o, ancora, da convinzioni circa la loro inutilità. Altri assistiti, invece, non hanno difficoltà a chiedere aiuto, ma possono farlo con modalità eccessivamente richiedenti, abusandone. La consulenza telefonica è

utilizzata per far pratica nel cambiamento di questi pattern disfunzionali. In secondo luogo, spesso gli assistiti necessitano di aiuto nella generalizzazione alla vita quotidiana delle abilità comportamentali apprese durante la DBT. Con una telefonata l'assistito può ottenere il supporto necessario ed effettuare un'efficace generalizzazione. La consulenza telefonica offre all'assistito un'occasione per recuperare la sensazione di una relazione terapeutica intima senza dover attendere la seduta successiva. I ricoveri degli assistiti in strutture per acuzie o riabilitative possono sostituire alcuni aspetti della consulenza telefonica con le interazioni con il personale sanitario in servizio.

4.3.5 TRATTAMENTI AUSILIARI

Gli assistiti con disturbo borderline di personalità possono necessitare di interventi ausiliari rispetto all'insieme degli incontri individuali, dello skills training e delle sedute telefoniche. Per esempio, alcuni possono aver bisogno di una farmacoterapia, di un day hospital o di un ricovero ospedaliero. Molti possono partecipare a gruppi di autoaiuto come nella metodica utilizzata per gli Alcolisti Anonimi.

4.3.6 GLI INDIVIDUI BORDERLINE: CARATTERISTICHE E TRATTAMENTO

La prima posizione teorica nella DBT è che tutti gli assistiti stanno facendo del loro meglio. Solitamente, i soggetti con disturbo borderline di personalità lavorano duramente nel tentativo di cambiare loro stessi. Spesso, sono rilevabili piccoli successi e gli sforzi degli assistiti nel controllo del comportamento il più delle volte non sono particolarmente evidenti. Poiché il loro comportamento è spesso esasperante e inspiegabile, si può essere tentati di concludere che gli assistiti non si stiano impegnando. Quello di cui hanno bisogno, invece, è di essere maggiormente motivati al cambiamento, ad impegnarsi più duramente. Il compito dell'operatore è quindi di analizzare i fattori che inibiscono o interferiscono con gli sforzi e la motivazione dell'assistito a migliorare, ricorrendo a strategie di problem solving allo scopo di aiutarlo ed aumentare la sua motivazione.

Il soggetto con disturbo borderline di personalità per poter cambiare realmente deve modificare le sue risposte comportamentali e anche il suo ambiente di vita. L'operatore non può salvare l'assistito: la parte protagonista nel processo di cura è sempre rivestita da quest'ultimo. Si tratta di soggetti influenzati dall'umore, e quindi possono verificarsi importanti cambiamenti nello stile di coping in condizioni di intensa attivazione emotiva, rispetto a condizioni di equilibrio. Con qualche eccezione, la DBT non incoraggia l'ospedalizzazione durante il verificarsi di crisi, poiché il ricovero allontana l'assistito dall'ambiente in cui

necessità di imparare nuove abilità. L'obiettivo dell'operatore durante la crisi è di “incollarsi” all'assistito, sussurrando per tutto il tempo incoraggiamenti e consigli utili. Se un assistito interrompe la terapia, non progredisce o, addirittura, peggiora durante la DBT, allora la terapia, l'operatore, o entrambi, hanno fallito. Se la terapia è stata erogata in accordo al protocollo e l'assistito continua a non migliorare, allora il fallimento è attribuibile all'operatore stesso.

ABILITA' E CARATTERISTICHE DELL' OPERATORE

Per caratteristiche dell'operatore si intende l'insieme degli atteggiamenti e delle modalità di relazione tipiche che l'operatore attua rispetto all'assistito. L'operatore deve soppesare capacità e deficit dell'assistito, utilizzando in modo dialettico strategie di accettazione e accudimento e strategie caratterizzate dalla richiesta di cambiamento, con modalità chiare e adeguate. Le caratteristiche necessarie in un operatore sono: accettazione vs cambiamento, centratura stabile vs flessibilità compassionevole e accudimento vs richiesta benevola.

ACCETTAZIONE VS CAMBIAMENTO

Per accettazione si intende qualcosa di piuttosto radicale, vale a dire accettazione dell'operatore e dell'assistito, della relazione terapeutica e del processo terapeutico, esattamente come essi sono in un determinato momento. La realtà è

cambiamento e la natura di ogni relazione è costituita dal reciproco influenzamento. In particolare la relazione terapeutica origina dalla necessità di cambiamento e gli assistiti desiderano ottenere un aiuto professionale proprio in questo processo. Nella prospettiva dell'accettazione contrapposta al cambiamento, la DBT rappresenta un bilanciamento tra l'approccio comportamentista, principalmente orientato al cambiamento, e gli approcci umanistici e centrati sul cliente. Nella DBT l'operatore non si limita a presentare un modello di equilibrio dialettico tra cambiamento e accettazione, ma lo promuove come una scelta di vita per l'assistito, sostenendo il cambiamento e il miglioramento di aspetti indesiderati di sé e delle situazioni, così come la tolleranza e l'accettazione di queste stesse al cambiamento. Cruciale per il bilanciamento tra accettazione e cambiamento è l'abilità dell'operatore nell'esprimere contemporaneamente calore e controllo nel setting terapeutico.

CENTRATURA STABILE VS FLESSIBILITA' COMPASSIONEVOLE

La "centratura stabile" è la qualità realizzata dal credere in sé stessi, nella terapia e nell'assistito. La "flessibilità compassionevole" si riferisce alla capacità dell'operatore di raccogliere informazioni rilevanti circa lo stato dell'assistito e di modificare in base ad esse la propria posizione. Se stabilità corrisponde a rimanere con i piedi a terra, flessibilità corrisponde allo spostarsi per lasciar passare

l'assistito. La flessibilità è quella qualità leggera, responsiva e creativa che caratterizza l'operatore. Bilanciamento tra centratura stabile e flessibilità compassionevole significa che l'operatore deve essere in grado di mantenere limiti e condizioni del trattamento, spesso a fronte di frequenti tentativi disperati di controllo da parte dell'assistito, mantenendo al tempo stesso flessibilità, adattamento e cedevolezza, se richiesti dalla situazione.

ACCUDIMENTO VS RICHIESTIVITÀ BENEVOLA

Nella DBT c'è una grande attenzione all'aspetto dell'accudimento dell'assistito. Le qualità dell'accudimento includono insegnamento, coaching, assistenza, rafforzamento e soccorso all'assistito. Empatia e sensibilità sono essenziali con assistiti sensibili ma contemporaneamente costretti e limitati nell'espressione dell'emotività, come la maggioranza degli individui con disturbo borderline di personalità. L'accudimento, quindi, è al servizio di un rafforzamento delle abilità dell'assistito. L'operatore deve saper bilanciare tra il dare aiuto di cui l'assistito necessita e il non dare l'aiuto non necessario. La richiestività benevola comporta il riconoscimento delle capacità dell'assistito da parte dell'operatore, rinforzando i comportamenti adattivi e l'autocontrollo, rifiutando di prendersi cura dell'assistito quando può farlo lui stesso.

4.3.7 L'IMPEGNO DELL'ASSISTITO

La DBT richiede una serie di impegni. Generalmente questi sono necessari per poter essere ufficialmente inseriti nel trattamento. Devono essere discussi durante i primi incontri e deve essere ottenuta almeno un'adesione verbale.

IMPEGNO TERAPEUTICO ANNUALE

Dopo la prima seduta, o le prime sedute, assistito e operatore dovrebbero accordarsi esplicitamente sugli obiettivi ai quali lavorare insieme e sulla quantità di tempo necessaria per raggiungerli. In normali circostanze, operatore e assistito stipuleranno un accordo di un anno, rinnovabile. Alla fine di ogni anno di trattamento, verranno valutati i progressi svolti e discussi eventuali nuovi obiettivi. La DBT con un assistito ricoverato sarà necessariamente molto limitata nel tempo. Alcuni assistiti non possono tollerare un approccio limitato nel tempo e non rinnovabile; non riescono ad aprirsi emotivamente o verbalmente e sono a conoscenza del fatto che la terapia terminerà in un momento arbitrario: essi non dovrebbero essere forzati a una terapia impostata in questo senso.

CIRCOSTANZE LEGATE A UN'INTERRUZIONE UNILATERALE

Durante le prime sedute, l'operatore dovrebbe trattare molto chiaramente le circostanze che determineranno un'interruzione unilaterale del trattamento. La DBT ha una sola regola formalizzata per l'interruzione: assistiti che manchino per quattro settimane consecutive agli incontri programmati, sia individuali, sia di skills training, sono esclusi dal programma e non possono tornare in terapia fino al termine del periodo formalizzato nell'accordo, dopodiché il loro ritorno sarà materia di discussione. L'impegno dell'operatore è di fare del suo meglio per proteggere l'assistito da un'interruzione unilaterale. Quando il comportamento dell'assistito fa sì che si avvicini l'interruzione, l'operatore avvertirà l'assistito stesso circa l'imminente pericolo di interruzione, con un preavviso sufficiente affinché egli possa apportare i necessari cambiamenti al suo comportamento e lo assisterà nel produrli.

IMPEGNO ALLA PARTECIPAZIONE

È importante sottolineare quanto sia necessario per l'assistito partecipare a tutte le sedute previste nel trattamento. Lo skills training individuale e le sedute di terapia potranno essere spostati nei casi in cui possa risultare conveniente sia per l'operatore sia per l'assistito. L'operatore dovrebbe comunicare chiaramente all'assistito che non è accettabile saltare una seduta perché ritenuta troppo

sgradevole, perché non si è dell'umore adatto per la terapia, per il desiderio di evitare un particolare argomento o perché ci si sente senza speranza.

IMPEGNO SUI COMPORAMENTI SUICIDARI

Se i comportamenti suicidari costituiscono un problema per l'assistito, egli dovrebbe essere avvertito che la loro riduzione è un obiettivo primario del trattamento. L'accordo di base richiede che l'assistito lavori alla risoluzione dei problemi con modalità che non includano l'autolesionismo, il tentativo di suicidio o atti di suicidiosi (comportamento ricattatorio nei confronti dell'operatore di minacciato suicidio). Anche se l'obiettivo è di ottenere un accordo verbale esplicito rispetto alla riduzione di questi comportamenti, un accordo meno esplicito può essere accettato. Un assistito può essere d'accordo a partecipare alla terapia, comprendendo che la riduzione dei comportamenti suicidari è l'obiettivo della terapia stessa ma senza la capacità di constatare di non essere in grado di non commettere suicidio.

4.3.8 L'IMPEGNO DELL' OPERATORE

Spesso gli assistiti possono aspettarsi che gli operatori facciano del loro meglio per aiutarli a crescere interiormente e imparare nuove abilità, e per insegnare loro alcuni degli strumenti comportamentali di cui necessitano per fronteggiare più

efficacemente le situazioni della vita quotidiana. Gli operatori dovrebbero chiarire che non possono salvare gli assistiti e che non possono risolvere i loro problemi; possono però servire da guida, mostrare la strada da percorrere, ma non percorrerla al posto loro.

IMPEGNO SULLA CONFIDENZIALITÀ

L'operatore accetta che tutte le informazioni raccolte in terapia saranno strettamente confidenziali. Generalmente, solo ai membri del team di trattamento e allo staff di ricerca è permesso accedere ai filmati o alle audioregistrazioni degli incontri e agli appunti sulle sedute. Anche all'interno delle riunioni del team o degli incontri di supervisione, l'operatore si impegna a mantenere confidenziali informazioni delicate, potenzialmente imbarazzanti o intime, finché non ci sia la necessità di fare altrimenti.

IMPEGNO ALLA CONSULTAZIONE

Gli operatori si impegnano a richiedere una consultazione terapeutica quando necessaria. Nella DBT standard tutti gli operatori si mostrano disponibili a partecipare ai periodici incontri di consulenza programmati che si tratti di incontri

con un supervisore, di gruppi di consultazione tra pari o con altri membri del team che si occupa del trattamento dell'assistito.

4.3.9 RIDURRE I COMPORAMENTI CHE INTERFERISCONO CON LA TERAPIA

Un importante obiettivo della DBT è quello di ridurre, da parte di entrambi i membri della coppia terapeutica, i comportamenti che interferiscano con l'efficacia del trattamento nell'adozione di nuove condotte che, al contrario, lo facilitano e ne consentono il proseguimento. Anche se la scelta iniziale di lavorare insieme può essere presa soltanto dai due membri della coppia terapeutica, la possibilità di proseguire nella relazione terapeutica dipende da una serie di fattori che vanno molto al di là di una semplice decisione o scelta. In effetti, i soggetti con disturbo di personalità borderline mostrano spesso di avere difficoltà a tradurre le decisioni e le scelte in comportamenti congrui e il controllo cognitivo dei comportamenti manifesti non è certo il loro punto forte. Lo scopo della DBT è di potenziare le capacità, ridurre le inibizioni e creare condizioni tali da aumentare le probabilità che l'assistito e l'operatore continuino insieme il loro lavoro.

ASSISTITI “INAFFERRABILI” E ASSISTITI “ADESIVI”

I soggetti con disturbo borderline di personalità, che solitamente presentano una storia di comportamenti suicidari, sono noti per la loro tendenza a interrompere prematuramente la terapia. Essi si possono inquadrare in due categorie: “inafferrabili” o “adesivi”. I primi manifestano una grande difficoltà a coinvolgersi nella terapia e, per così dire, “svolazzano” nelle mani dell’operatore. Solitamente non rispettano gli orari delle sedute; gli accordi con l’operatore vengono spesso disattesi e la relazione terapeutica non costituisce un elemento prioritario. Il trattamento, con questo tipo di assistiti, raramente è focalizzato sulla relazione terapeutica, a meno che non sia l’operatore stesso ad affrontare l’argomento. Gli assistiti sono generalmente coinvolti in una o più relazioni affettive prioritarie con altre persone. Gran parte delle risorse interpersonali vengono deviate su relazioni alternative a quella terapeutica. Uno dei comportamenti che interferiscono con la terapia è rappresentato proprio dallo scarso coinvolgimento nella relazione terapeutica. All’altro estremo si collocano invece gli assistiti adesivi, che tendono generalmente a stabilire in modo immediato una forte e intensa relazione terapeutica: non saltano quasi mai una seduta e, se avviene, chiedono di recuperarla. Di solito questi ultimi richiedono sedute più lunghe e più frequenti; sin dall’inizio, un punto centrale del trattamento è rappresentato dalle difficoltà di rapporto con l’operatore, che spesso costituisce

la figura di supporto più significativa per l'assistito. Gli assistiti adesivi raramente sospendono la terapia e si sentono fortemente in crisi quando l'operatore si assenta, per esempio, per le vacanze.

L'idea fondamentale è che una terapia che venga offerta ma che non sia accettata dall'assistito è destinata a fallire. Affinché la DBT venga realmente accettata dall'assistito, quest'ultimo deve presentarsi alle sedute, collaborare con l'operatore ed eseguire i compiti assegnati. È ovvio che se un assistito non si presenta alle sedute o le interrompe prematuramente non potrà trarre nessun beneficio dal trattamento. Allo stesso modo, se è fisicamente presente alla seduta, ma psicologicamente assente, è difficile capire come potrà utilizzare questa esperienza. L'operatore deve quindi insegnare all'assistito come modificare il suo ambiente, in maniera tale da stimolare comportamenti funzionali che abbiano risultati positivi. Un attivo senso di partecipazione dell'assistito alla terapia è significativamente correlato a un esito positivo. Durante le sedute può accadere che venga chiesto all'assistito di impegnarsi in attività immaginative implicite, come esercizi di rilassamento, e di mettere in pratica comportamenti nuovi. Egli riceve compiti da fare a casa negli intervalli tra le sedute, deve riuscire ad esporsi alle situazioni che teme. I requisiti per attuare tali comportamenti sono il coraggio, la capacità di autogestione e le precedenti esperienze in cui siano stati rinforzati i comportamenti indicativi di un'adeguata adesione alla prescrizione di un problem

solving attivo. Non sorprende, però, che gli individui con disturbo di personalità borderline spesso manchino di tali requisiti. In un setting di gruppo, o in regime di ricovero, le interazioni tra assistiti sono un elemento essenziale ai fini del successo o del fallimento della terapia. Questi soggetti sono sensibili a ogni tipo di feedback negativo, anche se solo implicito, e spesso vivono come un attacco anche un feedback adeguato. L'incapacità di accettare riscontri negativi anche ragionevoli e adeguati da parte di altri assistiti può in sé costituire un comportamento che interferisce con la terapia, ma le espressioni inopportune di sentimenti negativi verso un altro assistito o i tentativi insistenti di risolvere un problema relazionale con lui costituiscono comportamenti che interferiscono con la terapia di colui al quale sono diretti.

Inoltre, altri comportamenti che possono interferire con il corretto funzionamento della terapia sono quelli rivolti direttamente all'operatore. I soggetti con disturbo borderline di personalità desiderano il sostegno del proprio ambiente, ma spesso sono incapaci di chiedere e accettare l'aiuto degli altri, provocando così l'esaurimento delle risorse delle loro potenziali figure di sostegno. Per questo motivo, all'inizio del trattamento, l'operatore individuale di orientamento dialettico comportamentale deve stabilire un fondamentale obiettivo: quello di insegnare all'assistito ad agire in maniera tale che l'operatore non solo possa fornirgli l'aiuto di cui necessita, ma che desideri anche farlo. L'operatore,

generalmente, chiarisce subito che l'affetto e il rispetto non sono incondizionati. Ogni operatore ha i suoi limiti personali rispetto a ciò che è disposto a fare per l'assistito e ai comportamenti che è in grado di tollerare. Pertanto i comportamenti dell'assistito che eccedono tali limiti vanno considerati alla stregua delle condotte che interferiscono con la terapia. Tra le varie condotte interferenti dell'individuo con disturbo di personalità borderline, quella che più di tutte forza i limiti di tollerabilità dell'operatore è il rifiuto di accettare le strategie terapeutiche che quest'ultimo reputa essenziali per l'efficacia e il progresso della terapia. Perciò se un assistito non accetta di aderire a una prescrizione che l'operatore considera essenziale per l'efficacia del trattamento, e non sono disponibili ragionevoli strategie alternative, tale rifiuto costituisce un comportamento che forza i limiti personali dell'operatore, e pertanto deve diventare l'obiettivo primario della terapia finché non viene risolto.

Altri comportamenti che possono eccedere la capacità di tolleranza dell'operatore sono: contattarlo troppo spesso, recarsi presso la sua abitazione o stabilire relazioni con i familiari dell'operatore, pretendere la soluzione di problemi che la terapia non può risolvere, esigere sedute più lunghe o più frequenti, interagire con lui secondo modalità eccessivamente confidenziali, inclusi i comportamenti seduttivi o sessualmente provocanti, invadere i suoi spazi personali o minacciare lui e i suoi familiari. Sebbene a volte i limiti debbano essere forzati, nella DBT

non esistono soglie personali da osservare a priori e pertanto i comportamenti che superano i limiti di tolleranza possono essere stabiliti solo da ogni singolo operatore in relazione a un determinato caso clinico.

4.3.10 MIGLIORARE LE ABILITA' COMPORTAMENTALI

ABILITA' NUCLEARI MINDFULNESS

Le abilità di mindfulness sono essenziali nella DBT, tanto che vengono definite “nucleari”. Sono le prime abilità che vengono insegnate e sono elencate nelle schede che gli assistiti compilano ogni settimana. Si tratta di versioni psicologiche e comportamentali delle tecniche di meditazione insegnate nell’ambito delle pratiche spirituali orientali. Ci sono tre abilità che fanno riferimento all’oggetto dell’attività mentale (osservare, descrivere e partecipare) e tre abilità riferite alle modalità con cui tale attività si estrinseca (mantenere un atteggiamento non giudicante, concentrarsi su una sola cosa alla volta, essere efficaci).

ABILITA' NUCLEARI DI CONTENUTO

Questa categoria comprende l’apprendimento delle capacità di osservare, descrivere e partecipare. L’obiettivo è quello di sviluppare uno stile di vita improntato alla partecipazione consapevole, poiché l’idea di fondo è che la

partecipazione senza consapevolezza sia la caratteristica principale dei comportamenti impulsivi correlati con lo stato affettivo del soggetto. La prima delle abilità nucleari di contenuto è l'osservare, cioè il prestare attenzione alle situazioni, alle emozioni e ad altre risposte comportamentali, anche se provocano disagio e sofferenza. Ciò che l'assistito deve apprendere è, semplicemente, esperire con consapevolezza ciò che accade nel momento presente, anziché evitare una situazione o interrompere un'emozione.

La seconda abilità è descrivere verbalmente le situazioni e le proprie risposte conseguenti. La capacità di denominare gli eventi ambientali e i comportamenti è essenziale per la comunicazione e l'autocontrollo. L'apprendimento della capacità di descrivere richiede che il soggetto impari a non prendere alla lettera le emozioni e i propri pensieri, cioè a non considerarli come uno specchio fedele e diretto degli eventi ambientali. Avere paura, per esempio, non significa necessariamente che una situazione sia oggettivamente pericolosa per la vita o per la salute. I soggetti con disturbo borderline di personalità, invece, scambiano spesso le proprie risposte emotive per eventi catastrofici.

La terza e ultima abilità è rappresentata dalla partecipazione senza autocoscienza. "Partecipare" è inteso nel senso di entrare completamente nell'attività del momento presente, senza separare sé stessi dagli eventi e dalle interazioni attuali.

ABILITA' NUCLEARI "FORMALI"

Le abilità di mindfulness comprese in questa categoria riguardano l'assunzione di un atteggiamento mentale non giudicante, la concentrazione in una sola cosa per volta e l'essere efficaci. L'assunzione di un atteggiamento mentale non giudicante significa apprendere a dare giudizi neutri sulle cose, ovvero giudicarle né buone né cattive. Gli assistiti con disturbo di personalità borderline tendono a dare giudizi estremi su di sé e sugli altri, sia in termini eccessivamente positivi che negativi. La seconda capacità compresa in questa categoria consiste nell'imparare a concentrare la mente e la propria consapevolezza sull'attività del momento presente, anziché frazionare l'attenzione, dirigendola su più attività, o dividerla tra l'attività in corso e i pensieri che riguardano altre cose. Acquisire tali capacità richiede un controllo sull'attenzione che a molti borderline manca. Spesso, infatti, essi sono distratti da pensieri e immagini del passato, preoccupazioni per il futuro, ruminazione sui problemi o stati d'animo negativi. La terza abilità nucleare "formale" consiste nel correggere la tendenza degli assistiti a preoccuparsi per ciò che è "giusto", anziché fare tutto ciò che è realmente necessario o opportuno in una determinata situazione.

ABILITA' ALLA SOFFERENZA MENTALE/ANGOSCIA

Nella DBT imparare a sopportare adeguatamente il dolore è molto importante. La capacità di tollerare la sofferenza è un elemento essenziale per il raggiungimento del benessere psicologico, per almeno due motivi. Il dolore e l'angoscia fanno parte della vita, e poiché non possono essere sempre rimossi o evitati, l'incapacità di accettare questo fatto ineluttabile porta già di per sé a un aumento di sofferenze. La tolleranza della sofferenza è, almeno a breve termine, una parte essenziale di ogni tentativo di trasformazione. La capacità di tolleranza della sofferenza mentale/angoscia rappresenta la naturale evoluzione delle abilità di mindfulness; essa è essenzialmente la capacità di percepire il proprio ambiente senza pretendere che sia diverso.

ABILITA' DI AUTOGESTIONE

Le abilità di autogestione sono necessarie per apprendere, mantenere e generalizzare nuovi comportamenti e per inibire o estinguere condotte o modificazioni comportamentali indesiderate. Esse includono categorie comportamentali quali l'autocontrollo e le condotte finalizzate a un obiettivo. Nel senso più ampio del termine, "autogestione" include ogni tentativo di controllare, amministrare o comunque modificare i propri comportamenti e pensieri e le proprie risposte emotive agli eventi. In questo senso, le abilità di

mindfulness, tolleranza della sofferenza mentale/angoscia, regolazione emotiva e problem solving interpersonale possono essere considerate categorie specifiche delle abilità di autogestione.

4.3.11 STRATEGIE DI FINE TRATTAMENTO

È essenziale preparare l'assistito per la conclusione della terapia sin dal suo inizio. Come in ogni relazione forte e positiva la conclusione può essere estremamente difficile. La DBT; non propone una completa interruzione della relazione, piuttosto, l'assistito passa da questa categoria a quella di ex assistito e l'operatore diviene ex operatore. Le strategie specifiche per prepararsi alla conclusione della terapia sono le seguenti.

RIDUZIONE DELLA FREQUENZA DELLE SEDUTE

Per rendere più dolce la transizione di fine terapia, le sedute dovrebbero essere ridotte in frequenza, piuttosto che essere ridotte bruscamente. Durante questo processo di "conclusione attiva", l'operatore enfatizza e valida i progressi dell'assistito, esprime chiaramente fiducia nella sua capacità di vivere indipendentemente dalla terapia, rimarca il fatto che l'interesse e la preoccupazione per l'assistito non si interromperanno semplicemente perché la

terapia si è conclusa e che i servizi pubblici e/o privati rimarranno disponibili per l'assistito se tornerà ad averne bisogno.

GENERALIZZARE LA FIDUCIA INTERPERSONALE ALLA RETE SOCIALE

Il normale corso degli eventi nella terapia degli assistiti con disturbo borderline di personalità che tende a compiere gesti parasuicidari prevede un'iniziale grande difficoltà dell'assistito a fidarsi dell'operatore, nel chiedergli aiuto e nel raggiungere un equilibrio ottimale tra dipendenza e indipendenza. La capacità di fidarsi, di chiedere aiuto in modo appropriato, di dipendere da qualcuno ed essere contemporaneamente autosufficiente saranno spesso gli obiettivi della terapia. Se questa capacità di chiedere aiuto non viene trasferita ad altre persone nell'ambiente di vita dell'assistito, e se l'assistito non è in grado di prendersi cura di sé, la conclusione della terapia sarà estremamente traumatica. Quindi la transizione verso l'operatore alla fiducia in sé e verso gli altri deve iniziare quasi immediatamente.

PROGRAMMAZIONE ATTIVA DELLA CONCLUSIONE

L'operatore dovrebbe discutere con l'assistito ogni difficoltà che ci si possa attendere durante la terapia o a seguito della stessa. Strategie di problem solving potrebbero essere utilizzate allo scopo di sviluppare conclusioni. Una possibile soluzione consiste nella programmazione di sedute in supporto, per esempio a intervalli di sei mesi, anche quando non siano previsti problemi particolari. Dovrebbe essere dedicato tempo sufficiente a una revisione approfondita di come la terapia sia progredita, quali miglioramenti siano stati raggiunti e quali ulteriori progressi l'assistito vorrebbe conseguire nella sua vita. Dovrebbero, inoltre, essere rivisti sia la relazione terapeutica, sia i cambiamenti dell'assistito nei comportamenti target. È estremamente importante che l'operatore abbia un'idea chiara di quali siano le sue preferenze rispetto alla futura interazione con l'assistito. Questa idea dovrebbe essere esposta chiaramente all'assistito stesso; fare promesse vaghe che non saranno mantenute non è vantaggioso per l'individuo. Nel normale corso degli eventi, i contatti degli ex assistiti con gli ex terapeuti sono piuttosto frequenti nel periodo immediatamente successivo alla fine della terapia, per poi diminuire gradualmente. È essenziale che l'operatore non abbandoni l'assistito: egli lo deve accompagnare nel progettare un piano di trattamento alternativo.

5. CONCLUSIONI

In conclusione, sarebbe bello poter affermare che tutti gli assistiti che aderiscono a questo piano terapeutico passeranno poi una vita felice e in salute. Marsha Linehan afferma che sicuramente potranno stare meglio ed essere più sereni rispetto alla condizione in cui si trovavano prima di aderire al suo trattamento. Una certa quota di sofferenza potrebbe caratterizzare il resto della loro vita; l'importante, però, è cercare di non catastrofizzare questa realtà. Riuscire ad arrivare, nel corso della vita, ad un livello ragionevole di appagamento non è del tutto ovvio né semplice. La DBT è solo una piccola parte dei tentativi offerti per raggiungere tale condizione. La relazione con l'operatore potrebbe essere la migliore che una persona potesse mai trovare. Dopo aver concluso la terapia individuale, sarebbe utile intraprendere una terapia supportiva di gruppo per gli ex assistiti borderline; alcuni potrebbero voler proseguire questa terapia per un periodo indefinito di tempo: tale questa scelta andrebbe incoraggiata e supportata.

6. BIBLIO-SITOGRAFIA

1. Cluster disturbi di personalità:

https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_di_personalit%C3%A0

Consultato in data 6/10/2020

2. Disturbi borderline di personalità:

https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_borderline_di_personalit%C3%A0

Consultato in data 10/10/2020

3. Definizione disturbo mentale:

https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_mentale

Consultato in data 6/10/2020

4. Legge Basaglia:

https://it.wikipedia.org/wiki/Legge_Basaglia#:~:text=Con%20Legge%20Basaglia%20si%20intende,trattamenti%20sanitari%20volontari%20e%20obbligatori%22.&text=Alla%20legge%20%C3%A8%20associato%20comunemente,della%20riforma%20psichiatrica%20in%20Italia

Consultato in data 7/10/2020

5. Linehan Marsha M., *Introduzione alla DBT. Il trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*, Milano, Raffaello Cortina Editore, (2017), 418.

Consultato in data 7/10/2020

6. Liotti, G. (1999). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. rivista telematica PSYCHOMEDIA area PROBLEMI DI PSICOTERAPIA.

Consultato in data 11/10/2020