

**FrancoAngeli**

Associazione di Psicologia Cognitiva  
Scuola di Psicoterapia Cognitiva

**PSICOTERAPIE**

Michaela A. Swales, Heidi L. Heard  
**La terapia  
dialettico-comportamentale**  
Caratteristiche distintive

*Edizione italiana a cura di  
Silvia Cabrini*





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Michaela A. Swales, Heidi L. Heard

# **La terapia dialettico-comportamentale**

Caratteristiche distintive

*Edizione italiana a cura di*  
Silvia Cabrini

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Or. Ed. *Dialectical Behaviour Therapy. The CBT Distinctive Features Series*

Copyright © 2009 by Michaela A. Swales and Heidi L. Heard

All rights reserved

Authorised translation from the English language edition  
published by Psychology Press, a member of the Taylor & Francis Group

In copertina: Leonardo, *Ritratto di una giovane donna*

Traduzione di Silvia Cabrini

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# *Indice*

<b>Introduzione</b>	pag. 11
Terminologia e uso degli esempi clinici	» 12
<b>Ringraziamenti</b>	» 13

## **Parte prima Le caratteristiche teoriche distintive della DBT**

<b>1. Un trattamento guidato dai principi</b>	» 17
<b>2. Trattamenti integrati</b>	» 21
<b>3. Principi dialettici</b>	» 25
1. Essere interrelati	» 25
2. Gli opposti	» 27
3. Cambiamento	» 29
<b>4. Enfasi sul primato delle emozioni</b>	» 31
1. Le emozioni come una risposta sistemica	» 31
2. Vulnerabilità emotiva	» 32
3. Incapacità di regolare le emozioni	» 33
<b>5. Teoria transazionale dei deficit di abilità e dei deficit motivazionali</b>	» 35
<b>6. Teoria dell'apprendimento: il condizionamento classico</b>	» 37
1. Condizionamento classico	» 38
<b>7. Teoria dell'apprendimento: il condizionamento operante</b>	» 40

<b>8. Un approccio comportamentale alla diagnosi</b>	» 43
<b>9. I principi dello Zen</b>	» 46

**Parte seconda**  
**Le caratteristiche pratiche distintive della DBT**

<b>10. Sviluppare le modalità terapeutiche per adempiere a funzioni specifiche</b>	» 51
1. Accrescere le abilità	» 51
2. Accrescere la motivazione	» 52
3. Assicurarsi la generalizzazione	» 52
4. Strutturare il contesto	» 53
5. Accrescere le competenze e la motivazione del terapeuta a effettuare un trattamento efficace	» 54
<b>11. La consultazione telefonica</b>	» 56
<b>12. Consultazione in équipe</b>	» 59
<b>13. Trattare il sistema</b>	» 63
1. Pre-trattamento organizzativo	» 63
<b>14. Strutturare il trattamento in stadi</b>	» 68
1. Stadio 1: raggiungere una stabilità sul piano comportamentale	» 69
2. Stadio 2: processare emotivamente il passato	» 70
3. Transizione tra stadio 1 e stadio 2	» 71
<b>15. Rinforzare gli impegni nel pre-trattamento</b>	» 72
<b>16. Trattare i comportamenti secondo una gerarchia</b>	» 76
1. Organizzare gli obiettivi primari	» 76
2. Strutturare l'agenda della seduta	» 80
3. Obiettivi nelle altre modalità di trattamento	» 81
<b>17. Validare il contesto attuale o le capacità proprie del paziente</b>	» 82
<b>18. Analizzare i comportamenti nel dettaglio</b>	» 87

<b>19. Integrare le molteplici procedure cognitivo-comportamentali in un'analisi delle soluzioni</b>	» 92
1. Generare soluzioni	» 93
2. Valutare le soluzioni	» 94
3. Implementare le soluzioni	» 95
4. Vignetta clinica	» 95
<b>20. Agire in modo competente</b>	» 98
<b>21. Esporsi a una varietà di emozioni</b>	» 103
<b>22. Gestire le contingenze nel contesto terapeutico</b>	» 107
<b>23. Modificare le cognizioni o comportamenti cognitivi</b>	» 111
<b>24. Essere dialettici</b>	» 113
<b>25. Usare l'auto-svelamento</b>	» 117
1. Differenti tipologie di auto-svelamento	» 118
2. Funzioni dell'auto-svelamento	» 119
<b>26. La confrontazione e l'irriverenza</b>	» 120
<b>27. La consultazione al paziente</b>	» 123
<b>28. Trattare i comportamenti interferenti con la terapia da parte del paziente</b>	» 127
<b>29. Trattare il terapeuta</b>	» 131
<b>30. Evidenza di efficienza e efficacia</b>	» 134
1. Efficienza della DBT	» 134
2. Efficacia della DBT	» 137
<b>Bibliografia</b>	» 139



*Ai nostri genitori  
Pat e Erik Brookes, Tom Swales,  
Margaret e Jerry Heard*



## *Introduzione*

La terapia dialettico-comportamentale (Dialectical Behavior Therapy-DBT) è un approccio psicoterapeutico nato per trattare i pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP) con ricorrenti crisi suicidarie. Questo libro articola i principi del trattamento, focalizzandosi particolarmente su quei principi che distinguono la DBT da altri trattamenti cognitivo-comportamentali. In comune con tutti gli altri libri di questa serie, questo volume è composto di due parti, la prima delle quali dedicata alla teoria e la seconda alla pratica. Le componenti teoriche del libro illustrano le caratteristiche distintive della DBT in relazione alle sue tre basi teoriche: il comportamentismo (capitoli 6-8), la filosofia dialettica (capitolo 3) e lo Zen (capitolo 9). La seconda parte del libro si focalizza sulla pratica e sul modo in cui i fondamenti teorici e filosofici del trattamento si dipanano nella struttura e nelle strategie del trattamento.

La DBT è basata su una teoria bio-sociale e transazionale dell'eziologia dei problemi di regolazione affettiva nei pazienti borderline (capitolo 4). Persone con una vulnerabilità biologica emotiva, cresciute in un ambiente che invalida in modo sistematico le loro esperienze interne e i loro comportamenti manifesti, sviluppano deficit nella capacità di gestire le proprie emozioni così come nella motivazione a farlo e in altri aspetti delle loro vite (capitolo 5). I programmi DBT affrontano proprio questi deficit, offrendo un trattamento multimodale, organizzato secondo stadi gerarchici (capitoli 11-17). La DBT integra strategie che provengono dai trattamenti cognitivo-comportamentali (capitoli 19-24) con aspetti della pratica Zen (capitoli 9 e 21). Il trattamento utilizza la filosofia dialettica (capitoli 3 e 25) per sintetizzare queste due prospettive contrastanti in un insieme coerente di principi di trattamento.

## Terminologia e uso degli esempi clinici

Esiste un ampio dibattito a proposito della terminologia che definisce il singolo individuo che cerca assistenza dalla terapia e dal terapeuta. Noi riconosciamo la validità nell'uso della maggior parte dei termini più frequentemente usati (clienti, pazienti, fruitori del servizio) ma, per questo libro, abbiamo scelto di utilizzare il termine di "clienti" più frequentemente utilizzato<sup>1</sup>. La componente individuale della DBT è costituita da una psicoterapia, così come definita da Corsini e Wedding (1989). Sarebbe quindi appropriato definire psicoterapeuta individuale la persona che offre questa componente del trattamento. In alcuni contesti giuridici, tuttavia, il termine psicoterapeuta indica una disciplina professionale separata e con un distinto percorso di formazione o indica l'uso di un particolare modello teorico. Per evitare confusioni noi utilizzeremo il termine di "terapeuta individuale".

Per quanto riguarda gli esempi clinici, questi derivano sia dalla nostra esperienza diretta nella pratica clinica, sia dalla nostra lunga esperienza di formatori e supervisori di terapeuti che lavorano con pazienti borderline. Com'è prassi, abbiamo creato degli scenari clinici "composti" e abbiamo usato deliberatamente esempi che riflettono risposte comuni o sequenze tipiche di eventi che abbiamo incontrato nel corso degli anni. Nessuno degli esempi appartiene quindi a un terapeuta o a un paziente reale. Ogni somiglianza a persone reali sarà dunque del tutto casuale.

In sintesi, questo libro evidenzia i principi teorici e pratici che contraddistinguono la DBT. Il libro non descrive, quindi, tutti i principi del trattamento e di conseguenza non può sostituire la lettura del manuale di trattamento (Linehan, 1993a, b). Allo stesso modo, il libro non sostituisce la formazione o la supervisione. Evidenziamo le caratteristiche del trattamento DBT per aiutare i clinici a capire se esso possa essere interessante per loro, in modo tale da stimolare il desiderio di un approfondimento nella lettura e nella formazione e da fornire un quadro realistico del trattamento, con esempi, per clinici già formati. I pazienti possono a loro volta trovare utile questo testo per orientarsi rispetto alle caratteristiche chiave del trattamento ed essere così aiutati nella decisione di proseguirlo.

<sup>1</sup> Utilizzando il medesimo criterio, nella versione italiana verrà utilizzato il termine "paziente" di uso più comune nella nostra cultura. [NdT]

## *Ringraziamenti*

Entrambe le autrici hanno un profondo debito verso la creatrice del trattamento DBT, Marsha M. Linehan, la quale ha sviluppato un trattamento che richiede una comprensione esaustiva e completa delle diverse teorie e filosofie in esso incluse e che le traduce in interventi salva-vita e cambia-vita. Marsha ci ha ispirato, messo alla prova e insegnato. Ella ci ha motivate alla diffusione e alla formazione di altri clinici con il rigore compassionevole che porta allo sviluppo del trattamento e alla sua valutazione. Noi speriamo solamente di aver reso giustizia, in questo volume, della ricchezza, compassione e accuratezza intrinseche nel suo lavoro.

Vorremmo esprimere la nostra gratitudine a Messrs Strunck e White per la loro impagabile assistenza editoriale e per i contributi arguti offerti durante la scrittura di questo libro.

*Michela Swales e Heidi Heard  
Dicembre 2007*

Dal punto di vista professionale, sono debitrice verso mentori e colleghi che mi hanno supportato negli anni. Mark Williams, il mio supervisore di dottorato e in seguito i miei colleghi e amici, mi hanno per primi introdotta ai principi della DBT. Essendo allora una giovane psicologa clinica, desiderosa di aiutare adolescenti con comportamenti autolesivi, sono stata felice quando Mark, con la sua consueta intuizione e la sua generosità, ha finanziato il mio training intensivo DBT a Seattle. Ho incontrato Heidi durante questo training e lì è iniziato il viaggio verso la scrittura di questo libro. Sono inoltre debitrice verso i colleghi del North Wales Adolescent Service che, negli anni, mi hanno dato la libertà di imparare e sviluppare la DBT ed hanno frequentemente gestito il programma durante le mie assenze per motivi di formazione o di obblighi accademici. Sono particolarmente ricono-

scente per la gentilezza con cui mi hanno permesso di prendermi una pausa dal lavoro clinico per scrivere questo libro (tra le altre cose) in un momento impegnativo per il servizio. Allo stesso modo, i dirigenti della mia organizzazione, la North Wales NHS Trust, hanno supportato il mio lavoro accademico con la DBT in un momento di aumentata pressione clinica e di restrizioni economiche. Sono riconoscente per la loro disponibilità. Mi fa piacere inoltre ringraziare i miei pazienti che sono stati i miei migliori insegnanti. Il loro coraggio e la loro tenacia mi motivano come clinica, come formatore e come supervisore DBT. Ulteriori ringraziamenti sono inoltre dovuti alla mia assistente Barbara Baragwanath che si dimostra sempre flessibile e disponibile. Senza il suo contributo, portare a termine questo libro sarebbe stato molto più faticoso.

Personalmente, la mia maggiore riconoscenza va, come sempre, alla mia famiglia. Mio marito Richard e i miei figli Thomas e Caitlin hanno contribuito in molti modi, sia pratici sia emotivi, alla stesura di questo libro. Tutti e tre hanno tollerato le mie assenze, sia fisiche sia mentali, con grande delicatezza. Il mio più grande ringraziamento va a loro.

*Michela Swales  
Llandudno, UK, Dicembre 2007*

Voglio ringraziare i colleghi che hanno sostenuto il mio lavoro con la DBT e che mi hanno insegnato le abilità richieste per questo lavoro. I co-trainer e i clinici che ho supervisionato hanno offerto una particolare ispirazione per questo libro e, quindi, vorrei esprimere il mio speciale ringraziamento nei loro confronti. Sono, inoltre, grata ai pazienti che hanno accettato la mia fallibilità e che mi hanno aiutata a diventare una clinica migliore. Infine, vorrei ringraziare la mia famiglia e i miei amici per lo stabile supporto lungo tutto il processo di scrittura di questo libro. Voglio in particolare esprimere la mia gratitudine alla mia amica e collega, Deborah Gross, per la sua validazione e il suo problem-solving durante le molte conversazioni rispetto al libro.

*Heidi Heard  
St Louis, USA, Dicembre 2007*

*Parte prima*

*Le caratteristiche teoriche  
distintive della DBT*



## *1. Un trattamento guidato dai principi*

Il tuo telefono in ufficio suona brevemente dopo le 17 e 30 di venerdì pomeriggio. Hai avuto una settimana lunga e stressante e stai pregustando un fine settimana di riposo. Una delle tue pazienti è in linea. Ti dice che si trova in una crisi suicidaria e che, mentre ti parla, è in piedi sul ponte di un cavalcavia (è vaga su quale), sopra una strada molto frequentata, con l'intenzione di lanciarsi giù. Il suo piano era di lasciarti un messaggio in segreteria telefonica, chiedendo scusa per il suo gesto. Ha un tono monocorde che ti dice che nelle ultime 48 ore sono successe molte cose che hanno aumentato il suo, già cronico, rischio suicidario. È stata frequentemente ricoverata per situazioni simili in passato, ma questo ha raramente portato a un miglioramento. Esprime un'estrema impotenza ed è riluttante a parlare. Rimani al telefono e cerchi di placarla rispetto al suo piano, offrendole un supporto extra o altri interventi? Rimani sui fatti, tentando di risolvere il problema, o i problemi, che l'hanno portata alla crisi? Cerchi di capire meglio dov'è e poi mandi un'ambulanza? E se lo fai, stai al telefono mentre aspetti che arrivino da lei? Cerchi di organizzare un ricovero? Che cosa fai e, forse ancora più importante, su quali principi ti basi per decidere che cosa fare?

La terapia dialettico-comportamentale (DBT) articola una serie di principi che aiutano il clinico a decidere che cosa fare in circostanze come questa. Il trattamento descrive anche come integrare le risposte da dare durante le crisi con un piano di trattamento sovraordinato. Questi principi sono pensati allo scopo di aumentare l'efficacia del terapeuta nell'applicare il trattamento in modo aderente, pur rimanendo contemporaneamente massimamente ricettivo verso il paziente.

La DBT applica in modo flessibile i principi del trattamento all'interno di un programma terapeutico altamente strutturato e completo, poiché applicare un trattamento cognitivo-comportamentale standard a pazienti con

una diagnosi di disturbo borderline di personalità (DBP) comporta molteplici rischi (Linehan, 1993a). Frequentemente, i pazienti presentano problemi che variano di settimana in settimana, ciascuno dei quali può richiedere l'applicazione di diversi protocolli di trattamento. Per esempio, se una settimana il paziente può riferire numerosi attacchi di panico ed evitamento delle attività sociali, la settimana seguente i suoi problemi potranno diventare quelli di abbuffarsi e vomitare e, la settimana ancora successiva, egli potrà presentarsi in una crisi suicidaria acuta. Il livello di comorbilità presente in questi pazienti rende problematica l'aderenza alle procedure di ogni singolo trattamento cognitivo comportamentale standard e può rendere conto, in parte, della limitata efficacia di questi trattamenti per pazienti con diagnosi di disturbo di personalità (Shea *et al.*, 1990; Steiger e Stotland, 1996). Di fronte a problematiche multiple e variegate è praticamente impossibile seguire un trattamento altamente strutturato, con un focus terapeutico chiaro e stabile e una formulazione unitaria. Oltretutto, i pazienti borderline mostrano frequentemente dei comportamenti che interferiscono con la terapia (es. mancare degli appuntamenti, lamentele, ostilità verso la terapia, il terapeuta o entrambi) che complicano la sfida terapeutica. In queste circostanze, molti terapeuti riferiscono di una "guerra di logoramento" che si svolge tra il paziente e il terapeuta. Il terapeuta cerca di applicare il protocollo e fallisce in modo persistente e il paziente considera questi sforzi del terapeuta sempre più irrilevanti per il proprio benessere. A questo punto, il terapeuta è indotto a uscire da un modello d'intervento strutturato e focalizzato e a seguire invece impulsivamente il paziente, utilizzando qualunque strategia ritenga utile allontanandosi così dalla soluzione del problema. La DBT cerca di mantenere una rotta dialettica tra questi due estremi.

Per contrastare queste difficoltà nell'offrire un trattamento cognitivo-comportamentale tradizionale a pazienti con DBP, Marsha Linehan ha sviluppato un trattamento che è maggiormente guidato dai principi piuttosto che dai protocolli. Nel momento in cui Marsha Linehan ha sviluppato la DBT, i trattamenti cognitivo-comportamentali stavano già dando prova della loro efficacia nel trattamento di diversi disturbi di Asse I. I trattamenti focalizzati sui disturbi specifici, originando dalla ricerca di base e dai relativi modelli cognitivo-comportamentali, offrono una serie chiara obiettivi del trattamento o passaggi per modificare il processo sottostante ciascun disturbo. Ogni compito o passaggio terapeutico può avere strategie specifiche associate. Ad esempio, nella terapia cognitiva per il disturbo da attacchi di panico, il terapeuta dimostra al paziente che l'iperventilazione, generata da interpretazioni catastrofiche di normali sensazioni fisiche, porta a reazioni fisiologiche che il paziente interpreta poi in modo erroneo. Il terapeu-

ta allora prosegue intervenendo sul circolo vizioso, utilizzando una serie di strategie cognitive e comportamentali. A causa dell'alto livello di strutturazione, sia in termini di concettualizzazione sia rispetto alla chiarezza con cui viene specificato ogni passaggio dell'implementazione, questi trattamenti cognitivo-comportamentali possono essere descritti come trattamenti guidati da un protocollo<sup>1</sup>.

Anche se tutti i trattamenti sono basati su principi, non tutti sono guidati da questi principi. I trattamenti guidati dai principi usano una teoria di riferimento per assistere il terapeuta nel tracciare e seguire una mappa del percorso del viaggio da compiersi durante il trattamento. Tutti i trattamenti hanno una teoria dell'eziologia e del mantenimento dei disturbi psichiatrici che guida il terapeuta nel decidere quali strategie utilizzare per portare miglioramento alle difficoltà del paziente. Spesso, tuttavia, il livello elevato di specificità delle strategie di trattamento nella terapia cognitivo-comportamentale può portare il terapeuta ad allontanarsi dai principi e seguire, invece, una serie di procedure. Il terapeuta può ritornare ai principi di riferimento solo quando si trova di fronte a difficoltà o a problemi nella terapia. In un trattamento basato sul protocollo, sono disponibili le mappe dettagliate del viaggio terapeutico, tutte le strade sono ben segnalate e le caratteristiche del territorio sono dettagliate con cura. I terapeuti hanno un'idea chiara di come raggiungeranno la destinazione, anche se esistono diverse strade possibili. In un trattamento basato sui principi, i terapeuti devono sempre riferirsi a dei principi chiave. I terapeuti hanno mappe con un minimo livello di dettaglio, poche tappe e solo una parte delle strade e delle loro caratteristiche segnalate. In assenza di strade esistenti per raggiungere la destinazione, il terapeuta prima deve studiare il territorio per decidere la strategia migliore che lo aiuti a costruire dei percorsi per arrivare a destinazione. Un terapeuta diretto dal protocollo deve guidare bene, soprattutto in un terreno dissestato o in presenza di brutte condizioni atmosferiche. Un terapeuta diretto dai principi deve guidare bene, ma deve anche sapere qualcosa rispetto allo studio del territorio, costruire strade e, chiaramente, disegnare i percorsi per ridurre la possibilità di perdersi.

<sup>1</sup> L'effettiva implementazione di questi trattamenti richiede, comunque, il raggiungimento di una formulazione individuale, la capacità di sviluppare e mantenere una buona alleanza terapeutica con il paziente e un certo grado di flessibilità nell'applicazione delle strategie. Come conseguenza del grado elevato di specificità, gli approcci cognitivo-comportamentali sono spesso visti come una mera serie di tecniche applicabili anche in assenza di una comprensione teorica e concettuale. L'applicazione di queste tecniche, in assenza di una comprensione esaustiva, risulta difficilmente efficace (Tarrrier e Wykes, 2004). L'utilizzo di questi trattamenti altamente dettagliati richiede comunque un lungo periodo di training e supervisione clinica.