



Corso di formazione intensivo di 4 giorni sulla terapia dialettica comportamentale (DBT)

Lane Pederson, Psy.D., LP

BENVENUTO!

Connettere la conoscenza con il bisogno è la nostra missione. Grazie per esserti unito a noi oggi! Ci piacerebbe sapere dove sei e cosa stai imparando. Condividi le tue foto taggandoci e utilizzando **#PESISeminar** e/o **#LearningWithPESI**. Riceverai ogni volta un offer speciale! E assicurati di seguirci per suggerimenti, strumenti e tecniche GRATUITI.



 www.pesiinc.com  www.pesi.com/blog | www.pesirehab.com/blog | 

www.pesihealthcare.com/blog | <https://kids.pesi.com/blog>

Corso di formazione intensivo di 4 giorni sulla terapia dialettica comportamentale (DBT)

Lane Pederson, Psy.D., LP



ZNM044810
12/19

Diritto d'autore © 2019

PESI, INC.

Casella postale 1000
3839 viale bianco.

54702, Eau Claire, Wisconsin

Stampato negli Stati Uniti

PESI, Inc. si sforza di ottenere autori e docenti esperti per le sue pubblicazioni e seminari. Le raccomandazioni cliniche contenute nel presente documento sono il risultato di un'ampia ricerca e revisione dell'autore. Ovviamente, qualsiasi raccomandazione per l'assistenza al cliente deve essere tenuta in considerazione rispetto alle circostanze individuali a portata di mano. Per quanto ne sappiamo, tutte le raccomandazioni incluse dall'autore riflettono la pratica attualmente accettata. Tuttavia, queste raccomandazioni non possono essere considerate universali e complete. Gli autori e l'editore declinano ogni responsabilità per effetti sfavorevoli derivanti da informazioni, raccomandazioni, omissioni o errori non rilevati. I professionisti che utilizzano questa pubblicazione dovrebbero ricercare anche altre fonti originali di autorità.

Tutti i membri del Comitato di Pianificazione CME di PESI, Inc. hanno fornito informazioni sui rapporti finanziari con interessi commerciali prima di pianificare il contenuto di questa attività. Nessuno dei membri del comitato aveva relazioni da riferire

PESI, Inc. offre programmi e prodotti di formazione continua con i marchi PESI HealthCare, PESI Rehab, PESI Kids, PESI Publishing and Media (PPM) e Psychotherapy Networker. Per domande o per effettuare un ordine, visitare: www.pesi.com o chiama il nostro servizio clienti al numero: (800) 844-8260.



46 pagine

12/19

MATERIALI FORNITI DA

Il Dr. Pederson ha fornito formazione e consulenza DBT a oltre 11.000 professionisti negli Stati Uniti, Australia, Sud Africa, Medio Oriente, Canada e Messico attraverso la sua società di formazione e consulenza, Lane Pederson and Associates, LLC (www.DrLanePederson.com). Tra le organizzazioni per le quali si è formato ci sono il Walter Reed National Military Hospital, il Federal Bureau of Prisons, l'Ontario Psychological Association, la Omid Foundation e la Psychotherapy Networker. Ha fornito formazione DBT per agenzie di salute mentale comunitarie, centri di trattamento delle dipendenze chimiche, strutture ospedaliere e di assistenza residenziale e a terapeuti in contesti forensi. Il Dr. Pederson è anche co-proprietario di Acacia Therapy and Health Training (www.AcaciaTraining.co.za) in Sud Africa.

Le pubblicazioni DBT del Dr. Pederson includono il pluripremiato *The Expanded Dialectical Behavior Therapy Skills Training Manual, Second Edition* (PESI, 2017); *Terapia comportamentale dialettica: una guida contemporanea per i professionisti* (Wiley, 2015); e (PESI, 2013).

Professionista del mondo reale, il Dr. Pederson è co-proprietario di Mental Health Systems, PC (MHS), uno dei più grandi studi specializzati in DBT negli Stati Uniti con quattro cliniche in Minnesota (www.mhs-dbt.com). Presso MHS il Dr. Pederson ha sviluppato programmi DBT per adolescenti, adulti, persone con disturbi duali e persone con disabilità dello sviluppo. Ha ricoperto il ruolo di direttore clinico e di formazione, ha diretto studi clinici basati sulla pratica e ha supervisionato la cura di migliaia di clienti che necessitavano di servizi ambulatoriali intensivi.

Nel 2011, il Dr. Pederson ha co-fondato la Dialectical Behavior Therapy National Certification and Accreditation Association (DBTNCAA), ora Evergreen Certifications, la prima organizzazione attiva per certificare i fornitori di DBT e accreditare i programmi DBT.

Il Dr. Pederson attualmente fa parte del comitato consultivo per il programma di consulenza di dottorato presso la Saint Mary's University del Minnesota ed è un revisore tra pari per Forensic Scholars Today.

Lane Pederson non è affiliata o associata a Marsha M. Linehan, PhD, ABPP o alle sue organizzazioni.

Divulgazione finanziaria del relatore: Lane Pederson gestisce uno studio privato. È autore per PESI Publishing & Media e riceve royalties. Il Dr. Pederson riceve un onorario di parola da PESI, Inc. Non finanziario: Lane Pederson non ha alcuna relazione non finanziaria rilevante da divulgare.

I materiali inclusi in questo corso possono includere interventi e modalità che vanno oltre la pratica autorizzata dei professionisti della salute mentale. In qualità di professionista autorizzato, sei responsabile della revisione dell'ambito della pratica, comprese le attività definite dalla legge come al di fuori dei confini della pratica in conformità e in conformità con gli standard della tua professione.



Perché imparare la DBT?

- I terapeuti ritengono che le filosofie DBT di accettazione e non giudizio siano una scelta naturale
- La DBT offre un'ampia gamma di interventi, molti dei quali si rivolgono all'alleanza terapeutica
- La DBT è un approccio "privilegiato" (cioè desiderato da molti clienti e promosso da pagatori e decisori politici)
- La DBT è un approccio insegnabile, imparabile e pratico... Si tratta di un punto di forza relativo rispetto ad altri approcci altrettanto efficaci, ma più complicati da implementare

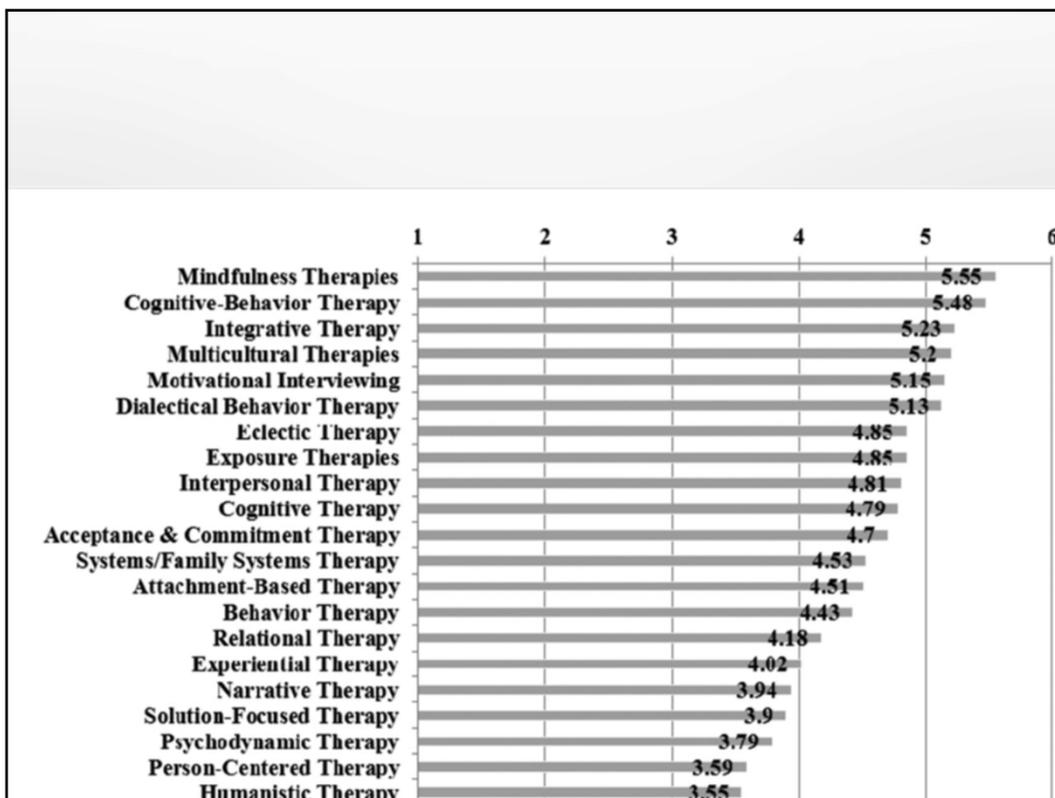
Come essere efficaci come terapeuti

"I terapeuti dovrebbero scegliere per ogni paziente la terapia che si accorda, o può essere portata ad accordo, con le caratteristiche personali del paziente in vista del problema. È anche implicito che i terapeuti dovrebbero cercare di imparare tutti gli approcci che trovano congeniali e convincenti. La creazione di una buona corrispondenza terapeutica può comportare sia l'educazione del paziente sullo schema concettuale del terapeuta sia, se necessario, la modifica dello schema per tenere conto dei concetti che il paziente porta in terapia" (Frank & Frank, 1991, p.xv).

In altre parole, si tratta di personalizzare gli approcci!

Adattare la DBT? Sì, è possibile!

- La DBT, che è derivata dalla CBT e da altri trattamenti, è altamente adattabile
- La ricerca sulla DBT adattata supera la ricerca sulla DBT "standard" (il quadro di trattamento/erogazione del servizio originale)
- Qualsiasi cosa, e tutto, insegnato in questo corso può essere utilizzato in modo eclettico e/o integrativo (e ovviamente in un programma DBT)

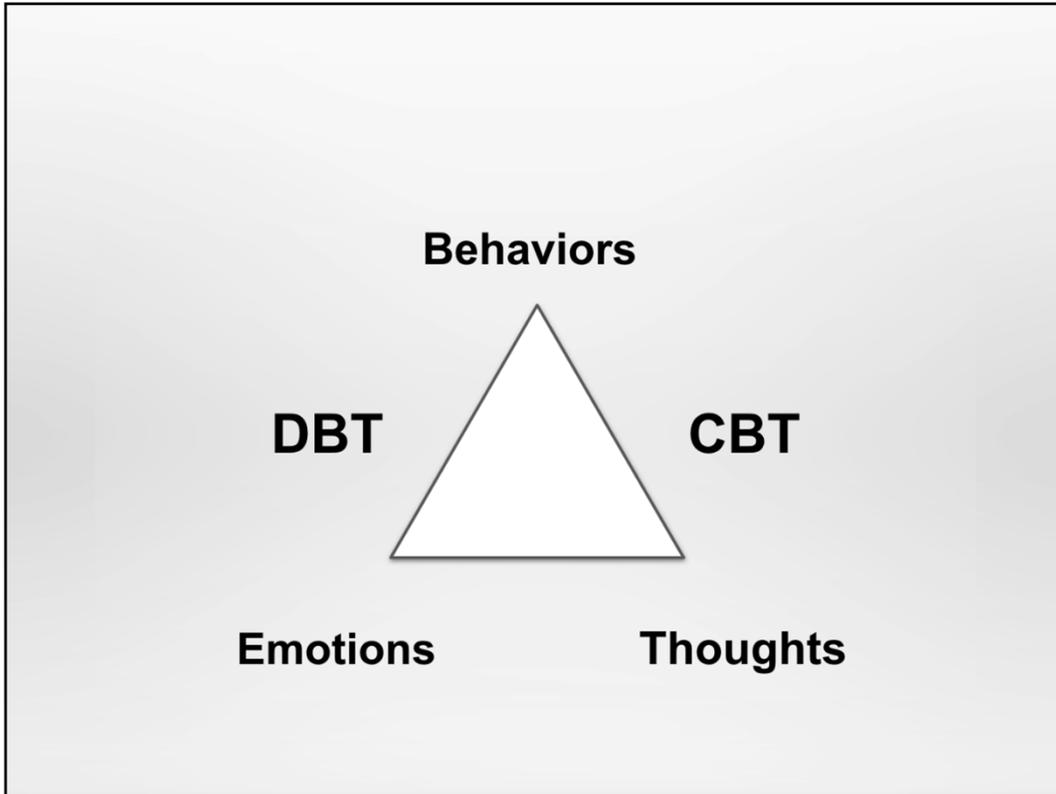


DBT oggi: ricerca e pratica

- La DBT deve il suo sviluppo a centinaia di ricercatori e migliaia di professionisti
- DBT si è espansa ben oltre il suo focus originale su un modello "standard" utilizzato per una popolazione di trattamento ristretta (BPD)
- La DBT è comunemente applicata in tutte le popolazioni e i contesti di trattamento, le diagnosi e i livelli di cura (***gli adattamenti sono sia tradizionali che basati sull'evidenza***)

La DBT ha avuto origine con la CBT

- DBT prende in prestito molto dalla CBT (il libro originale sulla DBT era intitolato Trattamento Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Borderline di Personalità)
- DBT aggiunta nelle strategie basate sull'accettazione (oggi, anche i trattamenti CBT di terza ondata hanno queste strategie)
- deviazione più notevole dalla CBT arriva a livello teorico: la CBT è focalizzata sul pensiero mentre la DBT è focalizzata sulle emozioni



Modifiche e aggiunte DBT alla CBT

- Teoria delle guide basate sulle emozioni
- Processo dialettico (sintesi degli opposti)
- Enfasi sulle strategie di accettazione
- Formazione Psicoeducativa Organizzata
- Enfasi sulla consultazione tra l'équipe terapeutica
- Enfasi sulle fasi del trattamento e sulla gerarchia

La DBT prende in prestito da molti approcci

- La DBT condivide punti in comune con la CBT, centrata sul cliente, psicodinamica, gestaltica, paradossale e strategica, tra gli altri (Heard & Linehan, 1994; Marra, 2005)

DBT e altri approcci

- **La DBT condivide con gli approcci comportamentali:**
 - Insegnare e rafforzare le competenze
 - Analisi comportamentale (analisi funzionale)
 - Gestione delle contingenze



DBT e trattamenti di dipendenza chimica

- DBT e Colloquio Motivazionale (MI) si **completano a vicenda**. Entrambi condividono aspetti centrati sul cliente e utilizzano concetti dialettici.
- La DBT **si sovrappone alla** prevenzione delle ricadute. Entrambi abbracciano i concetti di l'accettazione, imparando dalle battute d'arresto e sviluppando piani d'azione per Prevenire future battute d'arresto
- I trattamenti DBT e CD tradizionali come 12 Step **possono anche essere combinato**
- È importante sottolineare che la DBT supporta le pratiche di riduzione del danno **esitare a promuovere l'astinenza come obiettivo del trattamento**

Si tratta di DBT? Principali "ingredienti" della DBT

Teorie e filosofie

guida:

- Filosofia dialettica
- Teoria biosociale
- Presupposti del cliente/terapeuta
- Cinque funzioni della DBT

Struttura di trattamento:

- Modalità di erogazione del servizio/Tx
 - Terapia (individuale/di gruppo)
 - Formazione delle competenze
 -
 -
- Fasi Tx
- Gerarchia Tx
- Regole, aspettative e accordi

Moduli di formazione sulle competenze

-
- Tolleranza all'angoscia
- Regolazione delle emozioni
- Efficace interpersonale
- Moduli e competenze supplementari

Strumenti DBT:

- Scheda del diario
- Analisi del comportamento e della soluzione

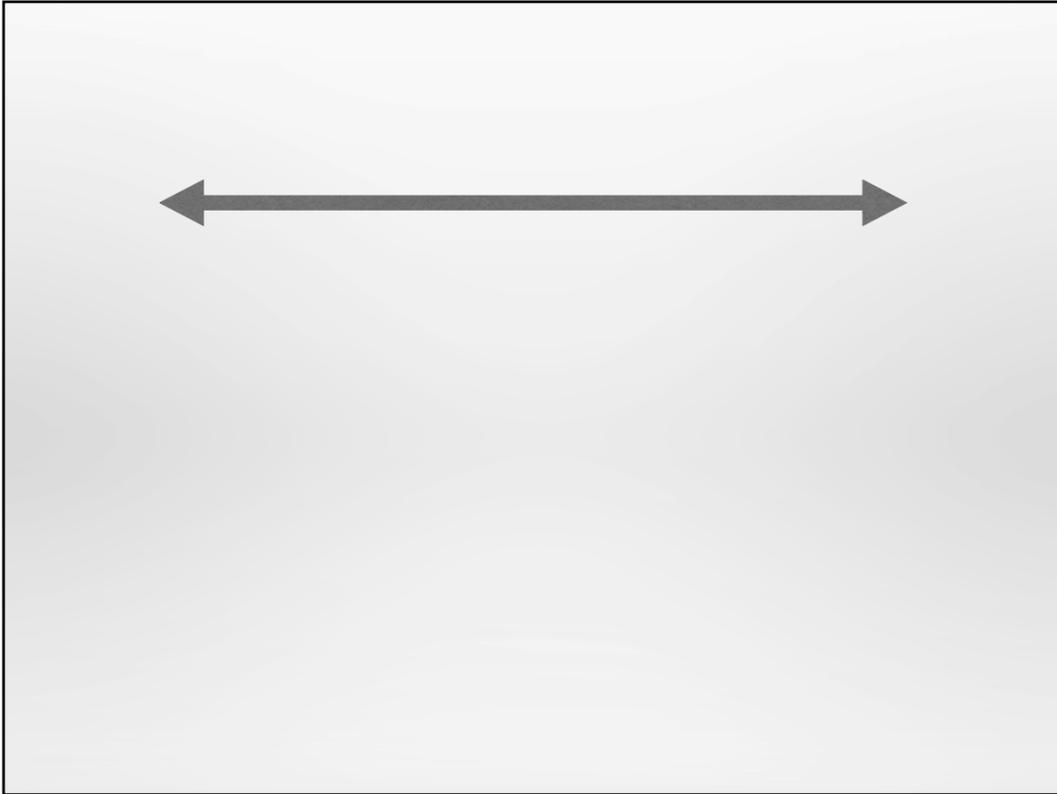
Strategie di coinvolgimento:

- Educare e socializzare
-
- Strategie di impegno

Filosofia dialettica

- La dialettica ha avuto origine con i primi filosofi
- posizione è assoluta; ogni posizione ha la sua saggezza o verità (anche se a volte solo un nocciolo)
- Le tensioni opposte sono interconnesse, correlate e definite l'una dall'altra
- La sintesi degli opposti, attraverso la comprensione dei diversi contesti e la ricerca di un equilibrio praticabile, porta al cambiamento
- Il cambiamento è continuo, quindi la dialettica richiede fluidità
- La dialettica cerca anche "ciò che manca"
- **La dialettica rispetta anche le "verità" soggettive!**





Dialettica con disturbi duali



- La preghiera della serenità (accettazione e cambiamento!)
- Volere e resistere al cambiamento
- Utilizzo anche quando provoca attivamente danni

Dialettica con gli adolescenti

- 
- Non essere troppo severi e non essere troppo indulgenti
 - Non creare dipendenza e non forzare l'indipendenza
 - Non patologizzare ciò che è normale e non normalizzare il patologico
 - Sé e gli altri
 - Responsabilità e divertimento
 - Struttura e flessibilità

Quando NON essere Dialettica: Astinenza Dialettica

- A volte i comportamenti sono così distruttivi che non c'è via di mezzo: devono essere completamente abbandonati
- Modellare l'impegno al 100% ad astenersi da questi comportamenti
- Quando si verifica uno SLIP, l'apprendimento delle competenze migliora i progressi; gli errori sono insegnanti
- Quando si verifica un errore, evitare l'"Effetto Violazione dell'Astinenza" ritornando immediatamente all'impegno
- Sei SEMPRE in astinenza o lavori per tornare all'astinenza

Visione DBT dell'astinenza

- Non tutti i clienti possono essere astinenti all'inizio del trattamento, ma l'astinenza è un obiettivo primario del trattamento
- Non tutti i pazienti che entrano in trattamento hanno le competenze per mantenere l'astinenza
- L'impegno all'astinenza avviene con tempistiche realistiche che verranno rinnovate

Teoria DBT: il modello biosociale

- I clienti soffrono di vulnerabilità emotive
- vulnerabilità emotive possono provenire da molte fonti (ad esempio, problemi di attaccamento, perdita, traumi), ma spesso si presume che siano biologiche

Teoria DBT: il modello biosociale

- Le vulnerabilità emotive sono caratterizzate da:
 - _ Sensibilità emotiva
 - _ Reattività emotiva
 - _ Lento ritorno alla linea di base emotiva
- Con il passare del tempo le emozioni si sensibilizzano, portando ad un effetto "acceso"
- Questa emotività (e l'invalidazione associata) è associata a molti problemi (disturbi)
- L'emotività porta alla fuga e all'evitamento che porta alla cronicità

Tipi comuni di invalidazione

- Abuso e negligenza
- Ignorare in modo inappropriato
- Rifiuto aperto di pensieri, sentimenti e comportamenti
- Rendere "anormali" le risposte "normali" e viceversa
- Non riuscire a comunicare come l'esperienza "abbia senso"
- Aspettarsi comportamenti che non si possono mettere in atto (ad esempio, a causa del livello di sviluppo, dell'emotività o dei deficit comportamentali)
- Scarso "adattamento" ambientale

La teoria biosociale guida gli obiettivi e le strategie di trattamento

- **La validazione** è un intervento primario per:
 - Ridurre l'emotività acuta
 - Fornire un'esposizione delicata alle emozioni
 - Fornire un ambiente correttivo di convalida (e nuovo apprendimento)
 - Creare un ponte verso l'autoconvalida dell'apprendimento
 - Aprire il cliente agli interventi di modifica
- **La regolazione delle emozioni** viene insegnata a:
 - Capire come avvengono le emozioni
 - Ridurre la vulnerabilità alle emozioni intense
 - Aumentare le opportunità di emozioni positive
 - Aiutare a uscire da comportamenti inefficaci e congruenti con l'umore

26

La teoria biosociale guida gli obiettivi e le strategie di trattamento

- **La mindfulness** (non giudizio e accettazione) viene insegnata a:
 - Ridurre l'amplificazione delle emozioni
 - Ridurre la fuga e l'evitamento delle emozioni
 - Creare un'esperienza qualitativamente diversa ed efficace delle emozioni
- **Tolleranza all'angoscia** viene insegnato a:
 - Fornire modi sani di affrontare le emozioni quando necessario
- Utilizzare la teoria per concettualizzare lo scopo degli interventi usati

La DBT radicalmente aperta (RO-DBT) e la teoria dell'iperregolamentazione (Lynch 2003, 2007, 2013)

- Alcuni clienti soffrono di sovraregolazione emotiva
- Porta a un'espressione emotiva inibita, a un'esperienza emotiva ridotta al minimo e a relazioni disconnesse, nonché a un eccessivo autocontrollo e alla mancanza di flessibilità adattiva
- Riconosce i contributi dell'ambiente all'autocontrollo dell'apprendimento eccessivo, all'autocontrollo comportamentale e all'inflessibilità

La DBT radicalmente aperta (RO-DBT) e la teoria dell'iperregolamentazione (Lynch 2003, 2007, 2013)

- Può essere utile con alcune depressioni resistenti al trattamento, anoressia, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo ossessivo compulsivo e disturbi dello spettro autistico.
- RO-DBT insegna la consapevolezza, l'auto-indagine, il controllo flessibile e la risposta sociale e ambientale flessibile
- Per saperne di più: Il Manuale di Formazione delle Competenze per la Terapia Dialettica Comportamentale Radicalmente Aperta: Una Guida del Clinico per il Trattamento dei Disturbi di Ipercontrollo (Thomas R. Lynch, 2018)

Essere flessibili alla teoria del cambiamento del cliente

- Non tutti i clienti si adattano a una particolare teoria
- Informarsi sulla teoria del cliente, sulle sue difficoltà e su cosa aiuterebbe il cambiamento
- Le teorie del cliente sono già accettate da loro, il che è un vantaggio
- Le abilità e gli interventi DBT sono ampiamente adattabili
- Se la DBT non può essere portata in accordo con le teorie del cliente, trovare un trattamento più preferibile

-

Presupposti DBT di base: Presupposti del terapeuta

- I terapeuti praticano il rispetto, l'empatia, la convalida e l'asinità nelle interazioni terapeutiche
- Il terapeuta deve essere inesorabile, ma genuinamente e

Ipotesi DBT di base: ipotesi di trattamento

- L'ambiente di trattamento deve essere non giudicante e responsabile
- Il trattamento deve rafforzare i comportamenti che funzionano nella vita e non permettere ai clienti di praticare comportamenti nel trattamento che non funzionano nella vita
- Vedi le convinzioni DBT sulla formazione delle competenze, pagina

1, nel pacchetto Stampati

Ambienti

**Struttura di trattamento/erogazione
del servizio: *La DBT completa è
multimodale con***

- *Quattro modalità principali*
- Terapia DBT (individuale o di gruppo)
- Formazione delle competenze (psicoeducazione il più delle volte in un formato di gruppo)
- Coaching delle competenze (telefono, SMS, e-mail o in loco)
- Consulenza
- **NOTA: Il modo in cui queste modalità vengono erogate dipende da fattori quali la popolazione, l'ambiente, il livello di assistenza, ecc.)**

Applicazioni DBT

- Quadri di trattamento (erogazioni di servizi):
 - Modello Standard (chiamato anche Modello Linehan o Modello Aderente)
 - Modelli adattati (ad esempio, formato di gruppo)
 - Solo terapia individuale
 - Solo gruppo di competenze
- Integrarlo con altri modelli (assimilazione tecnica, eclettico, integrativo)
- Essere semplicemente chiari con il consenso informato

Erogazione del servizio (quattro modalità) della DBT standard



- Un team DBT standard è composto da terapisti individuali che sono anche responsabili del coaching telefonico e da formatori di abilità che co-conducono il gruppo di abilità
- Il gruppo di consultazione è solo per i membri del team DBT e il contenuto del gruppo di consultazione si concentra sulle esigenze dei terapeuti e sui bisogni dei clienti

Erogazione del servizio di DBT ambulatoriale intensiva (IOP)



- Una giornata di trattamento DBT IOP consiste in formazione sulle abilità, revisione della scheda del diario e terapia DBT, il tutto in formato di gruppo. Un tipico intervallo di cura è da tre a cinque giorni
- Per un giorno di trattamento più breve (ad es. DBT adolescenziale), la revisione della scheda del diario può essere omessa.
- La terapia individuale è necessaria e può essere DBT o un altro approccio (se offerto da un terapeuta esterno)
- Il gruppo di consultazione è composto da terapisti del programma e individuali. I terapisti esterni sono coinvolti attraverso il coordinamento delle cure di routine

Erogazione di servizi di un gruppo di competenze



- Sviluppare un gruppo di competenze che possa essere un DBT autonomo servizio o integrare altri servizi.
- Determinare la frequenza e la durata del gruppo di competenze
- A seconda della frequenza e della lunghezza, è consigliabile aggiungere nel check-in delle competenze o anche nel tempo di elaborazione basato sulle competenze per integrare la formazione professionale

Aggiornamento della ricerca

- Pubblicato nel 2016
 - RCT a componenti con tre condizioni: DBT standard rispetto al gruppo di competenze rispetto alla terapia individuale (cioè condizioni smantellate)
 - NESSUNA differenza sulle principali variabili di interesse; nessuna differenza attendibile sulle variabili minori di interesse
- Conclusioni:
 - Tutti gli approcci strutturati hanno funzionato
 - Supporta le variazioni di diversi formati di trattamento **E le applicazioni DBT smantellate (specialmente quando incrociate con altri risultati della ricerca)**
 - **La cosa più importante è che i clienti ricevano il livello adeguato di assistenza in base alle necessità mediche**

C'è più di un modo per applicare le prove

- **Fedeltà al trattamento:** *competenza più elevata aderenza al manuale/modello (vitale nella ricerca)*
- **Pratica basata sull'evidenza:** *competenza più guidata da manuale con adattamenti basati sull'esperienza e sulle esigenze del cliente (vitale nella pratica)*
- **Entrambi i metodi nel mondo reale dovrebbero utilizzare evidenze basate sulla pratica:** *raccogliere dati a livello di pratica per determinare l'efficacia e adattare il trattamento secondo necessità*

DBT (e altre terapie): prospettive prescrittive e contestuali

- **Prescrittivo (fedeltà all'EBT):**
 - Abbinare i manuali di trattamento alla diagnosi
 - Elevata aderenza prevista

La ricerca supporta al meglio il modello contestuale

- Risultati empirici a supporto del modello contestuale (Wampold, 2001):
 - La terapia è generalmente efficace, senza differenze significative tra i modelli (Dodo Bird Verdict)
 - I fattori terapeutici (cioè i fattori comuni) hanno effetti maggiori rispetto ai fattori specifici (ad esempio, ingredienti/interventi specifici che si trovano nei manuali)
 - Un'elevata aderenza non è necessaria, **ma la coerenza è importante** (Vedi Web et al., 2010)
 - La lealtà (la fede del terapeuta nell'approccio) è molto importante
 - Gli effetti del terapeuta sono maggiori degli effetti del trattamento

Lo stato degli ingredienti specifici e dei trattamenti molto pubblicizzati

"Gli ingredienti specifici non sono attivi in sé e per sé.

In modo rilevante...

- Gli RCT possono non avere validità esterna (generalizzabilità):
 - I clienti del mondo reale spesso differiscono in modo importante dai soggetti di ricerca
 - Le impostazioni spesso richiedono cambiamenti nel quadro di trattamento (erogazione del servizio) per molte ragioni
- La DBT standard può essere o meno l'opzione migliore
- Gli "ingredienti" terapeutici costituiscono una parte importante della terapia, ma dovrebbero passare in secondo piano rispetto ai fattori terapeutici
- ***una volta, L'ADATTAMENTO DEI MODELLI DI TRATTAMENTO È UNA PRATICA MAINSTREAM ED È UNA PRATICA BASATA SULL'EVIDENZA***

Dal 2006! L'American Psychological Association (APA) ha sostenuto la pratica basata sull'evidenza (EBP)

- La politica dell'APA cerca di bilanciare:
 - Miglior ricerca
 - Perizia clinica
 - Cultura, caratteristiche e preferenze del cliente

Raccolta e utilizzo dei risultati clinici: *evidenze basate sulla pratica*

- Tutti i fornitori e i programmi, incluso il modello standard, devono monitorare e valutare i risultati
- I dati sui risultati vengono utilizzati per guidare e migliorare

Dati comportamentali e di altro tipo da monitorare

(da Terapia comportamentale dialettica, Pederson, 2015)

- Ricoveri, compreso il numero di giorni per ogni occorrenza
- Visite al pronto soccorso
- Tentativi di suicidio

Dati comportamentali e di altro tipo da monitorare

(da Terapia comportamentale dialettica, Pederson, 2015)

- Giorni di trattamento/durata del soggiorno
- Tasso di raggiungimento degli obiettivi di trattamento misurabili
- Atti aggressivi verso gli altri
- Numero di segnalazioni di incidenti relativi al comportamento del cliente

Esempi di misure di esito affidabili e valide

- Pacchetto dei risultati del trattamento (TOP)
- Lista di controllo dei sintomi-90-Revisione (SCL-90-R)
- Breve inventario dei sintomi (BSI)
- Scala di valutazione dei risultati (ORS) e scala di valutazione delle sessioni (SRS); PCOMS... www.heartandsoulofchange.com
- Inventari di Beck (depressione, ansia, disperazione, ideazione suicidaria, inventari giovanili)
- Scala diagnostica dello stress post-traumatico (PDS)
- Inventario del consumo di alcol (AUI)

Considerazioni sulla valutazione dei risultati

- Decidi come valuterai i risultati (ad esempio, cosa monitorerai e con quale frequenza)
- Sviluppare moduli o software appropriati (ad esempio, schede di monitoraggio)
- Sviluppare un sistema pratico di tracciamento dei dati, compresi i dati

Risultati clinici: esempio TOP

From BHL Fri 08 Apr 2011 10:17:50 AM EDT Page 1 of 2

The National Leader in Outcomes Management

Adult Client Report

Report prepared for: Lane Padarson, Psy.D.
 Provider Code: 433416800
 Form Code: 2001461246
 Client Code: 1002081977
 Date of Eval: Apr 8, 2011

Basic Information		Medical Information		History Information	
Gender:	Female	General health:	Fair	BH hospitalizations:	4
Year of Birth:	1984	Physician visits last 2 months:	3	Hosp risk:	0
Martial:	Single	Current prescriptions:	4	Previous therapists score:	
Degree/Career:	High school	Behavioral health medications:	4	Employment:	Employed full-time
Religion:		Altegor - 300		Living situation:	Living with friends
Ethnicity:	Caucasian/White	Wisper - 40		Participation voluntary?	Yes
Administration:	Completely Self-Administered	Wellbutrin - 400		Payer:	006ELF
				Payer Request:	

WARNING: This report is provided as a service to health professionals strictly as an aid in evaluating and tracking client progress in treatment. It is inappropriate to use this report for determination of benefits or as a diagnostic tool in lieu of a qualified professional evaluation.

CONSIDERATIONS:*

AXIS I:
 Dysrhythmia 300.4; Insomnia; PTSD 308.81; Panic Attacks;

*NOTE: At least one hallmark symptom of the above referenced diagnoses has been endorsed. It does not mean that the report is suggesting those diagnoses are present. It just means one of probably many symptoms is present and warrants your consideration. Not all DSM diagnoses have corresponding symptoms on the TOP. However, flagging those that do, and that are endorsed, often assists the clinician in making a thorough diagnostic assessment.

AXIS III:

Health Factors	Currently affecting health	Taking medication	Seen doctor in past year	Hospitalized in past year
NONE				

AXIS IV:

Breakdown Items	Last 30 days	Last 12 months

Risultati clinici: esempio TOP

From BHL Fri 08 Apr 2011 10:12:50 AM EDT Page 2 of 2

Summary Scoring Graph

	DEPRS	LIFE	MANIC	PANIC	PSYCS	SA	SCOFF	SEXFN	SLEEP	SUICD	INOLA	WORKF
04/08/2011	4.46	-0.48	1.21	2.08	-0.10	0.30	-0.35	-0.80	3.82	5.82	0.47	-0.28
01/24/2011	2.2	-0.23	0.41	1.11	-0.24	-0.34	1.32	3.82	3.82	15.82	-0.28	-0.28

Beverly of current administration: ***-extreme, **-moderate, *-mild, ?-questionable.

Scores are reported as standard deviations away from a non-clinical population which has an average score of 0. Lower scores are considered better. The scale of the graph goes from -3 to +3 standard deviations. Bars on graph are plotted from left to right, from the earliest administration to the most recent one. Change greater than 1.0 is statistically and clinically significant.

Critical items marked as occurring during the past two weeks (selected from 17 key TOP items):
 found yourself thinking about suicide or getting high. A little of the time

Risultati clinici: esempio TOP

From: BHL Wed 01 Apr 2015 08:36:47 AM EDT Page 1 of 2

The National Leader in Outcomes Management

Adult Client Report

Report prepared for: Lana Pederson, Psy.D.
 Provider Code: 433416600
 Form Code: 2000980066
 Client Code: 1002169582
 Date of Eval: Mar 31, 2015

Basic Information	Medical Information	History Information
Gender: Female	General health: Very Good	# of hospitalizations: 11 or more
Year of birth: 1964	Physician visits last 7 months: 7	Hosp risk: 0
Marital: Widowed	Current prescriptions:	Previous therapists seen: 3
Degree(s)/Grade: Four-year college	Behavioral health medications:	Employment: Unemployed, not looking for work
Religion: Other Christian	meds: - 153	Living situation: Living alone
Ethnicity: Caucasian/WNHo	hydroxyzine - 26	Participation Voluntary? Yes
Adminstrator: Completely Self-Administered	liszadine - 100	Payment Request: 006ELF

WARNING: This report is provided as a service to health professionals strictly as an aid in evaluating and tracking client progress in treatment. It is inappropriate to use this report for determination of benefits or as a diagnostic tool in lieu of a qualified professional's evaluation.

CONSIDERATIONS:

AXIS I:
 Dysrhythmia 500.4; Insomnia; Major Depressive Episode; OCD 300.3; PTSD 300.01; Panic Attacks; Sexual Functioning Disorder;
 *NOTE: At least one hallmark symptom of the above referenced diagnoses has been assessed. It does not mean that the report is suggesting those diagnoses are present. It just means one or probably many symptoms is present and warrants your consideration. Not all DSM diagnoses have corresponding symptoms on the TOP. However, flagging those that do, and that are endorsed, often assists the clinician in making a thorough diagnostic assessment.

AXIS II:

Health Factors	Currently affecting health	Taking medication	Seen doctor in past year	Hospitalized in past year
Allergies	Yes	No	No	Yes
Hormonal abnormalities (hypothyroidism, hypothyroidism...)	Yes	Yes	Yes	No

AXIS IV:

Stressful Items	Last 30 days	Last 12 months

Risultati clinici: esempio TOP

From: BHL Wed 01 Apr 2015 08:36:47 AM EDT Page 2 of 2

Summary Scoring Graph

Item	03/31/2015	01/08/2015
DEPRE	2.85	1.54
LIFEQ	2.85	1.54
MAN-C	-0.31	
PANIC	4.5	2.5
PSYCS	1.5	1.75
SA	8.30	2.30
SCORF	0.48	2.30
SEXFN	1.5	1.5
SLESP	2.5	1.5
SUICD	8.0	2.0
VIOLN	2.5	1.5
WORHP	-0.70	-0.90

Scores are reported as standard deviations away from a non-clinical population which has an average score of 0. Lower scores are considered better. The scale of this graph goes from -3 to +9 standard deviations. Bars on graph are plotted from left to right, from the earliest administration to the most recent one. Change greater than 1.0 is statistically and clinically significant.

Critical Items marked as occurring during the past two weeks (selected from 17 key TOP items):

thought about killing yourself or wished you were dead	Some of the time
worried that someone might hurt you	Some of the time
had unwanted thoughts or images	Some of the time
found yourself thinking about a drink or getting high	A little of the time

Importanza della struttura del trattamento

- Una chiara struttura di trattamento/erogazione del servizio e altre strutture è un fattore comune nei trattamenti empiricamente supportati per il disturbo borderline di personalità (BPD) (Weinburg et al., 2011)
- La ricerca mostra che le presentazioni più complesse ai clienti richiedono una maggiore struttura del trattamento
- La struttura crea prevedibilità, sicurezza e successo per clienti e terapeuti
- Dire quello che si fa e fare quello che si dice" è il fondamento della fiducia, e parla all'alleanza terapeutica

Esempi di struttura del trattamento

- Quadro di trattamento/erogazione del servizio
- Accordi terapeutici dettagliati, regole e aspettative (anche dei terapeuti)
- **Seguire** le routine tipiche della terapia e/o ogni parte di un programma
- Utilizzo delle fasi di trattamento e della gerarchia di trattamento
- Uso di schede di diario, analisi comportamentale, compiti a casa e piani scritti di sicurezza e abilità
- Piani di trattamento con obiettivi e traguardi chiari, creati all'inizio del processo terapeutico
- Protocolli dettagliati per affrontare la sicurezza e altre questioni
- Anche l'inizio e la fine in orario!

Struttura della terapia individuale

Avere un quadro chiaro in mente (maggiori sono le difficoltà, più importante è la struttura). Di seguito è riportato un framework suggerito:

- Da 3 a 5 minuti di mindfulness
- Rivedere i compiti a casa e chiedere informazioni su altre modalità di trattamento (se applicabile)
- Rivedere la scheda del diario per determinare gli obiettivi del trattamento
- Impostare l'agenda in base alla scheda del diario e all'input del cliente, inclusa la descrizione del cliente del suo attuale stato emotivo
- Eseguire il lavoro identificato della sessione
- Assegna i compiti per la settimana successiva
- Termina con 3-5 minuti di mindfulness

Lasciare il tempo sufficiente per chiudere la sessione, soprattutto se si tratta di materiale difficile

Struttura del gruppo di competenze

- Determinare il curriculum delle competenze; avere un programma di studi e allo stesso tempo essere flessibili alle esigenze del gruppo
 - Il curriculum comune ruota attraverso i moduli, rivisitando la mindfulness ad ogni cambiamento
 - Rivisitare le abilità quando necessario; di tanto in tanto "mescolare" per interesse

Struttura della terapia DBT eseguita in gruppo

- Inizia con 3-5 minuti di mindfulness
- Rivedi i compiti a casa
- Stabilire l'agenda per il gruppo (ad esempio, quali sono i bisogni terapeutici della giornata e chi ha bisogno di "tempo" per la terapia; tutti i clienti con comportamenti target identificati devono prendersi del tempo per la terapia)
- Ogni persona ha lo stesso tempo (ci sono pro e contro del tempo gestito dal gruppo rispetto all'uso di un timer)
- Assicurati di generalizzare ciò che viene discusso nel tempo per la vita al di fuori della terapia
- Assegna i compiti a casa
- Termina con 3-5 minuti di mindfulness

Programmi DBT basati sul gruppo e contagio

- Il contagio è quando una persona copia il comportamento di un'altra
- Succede quando un modello ha un'influenza sociale e il comportamento ha un chiaro guadagno... due incentivi per un altro a copiare il comportamento.
- **contagio è un costrutto bidirezionale: può essere utile (ad esempio, copiare l'uso delle abilità) o distruttivo (ad esempio, copiare un comportamento autolesionistico). Programmi efficaci promuovono un contagio utile**
- Attenzione all'"istigatore" e all'"imitatore" con il contagio distruttivo. L'istigatore ha bisogno di responsabilità e l'imitatore ha bisogno di lavoro sull'identità. Il contagio distruttivo è più probabile quando si permette di promuovere e/o rendere glamour i comportamenti dannosi. I media sono un colpevole comune.
- Il contagio è più comune in contesti in cui i clienti hanno un tempo significativo non monitorato

Fasi del trattamento

- **Fase di pretrattamento:** Orientamento del cliente e dell'ambiente al trattamento e definizione dell'impegno (ad esempio, accordo su obiettivi e metodi)
- **Stadio 1 con obiettivi di trattamento e gerarchia di:**



La gerarchia DBT in dettaglio

- La gerarchia dei trattamenti determina "cosa trattare e quando" e stabilisce le seguenti priorità (cioè gli obiettivi di trattamento):
 - Comportamenti suicidari e intensi impulsi suicidi
 - Comportamenti autolesivi (SIB) e comportamenti da uso di sostanze (SUB)
 - Comportamenti che interferiscono con il trattamento (TIB)
 - Comportamenti che interferiscono con la qualità della vita (QIB)

La gerarchia è un insieme di linee guida che possono essere adattate in base all'esperienza e alle esigenze del cliente

Nota: La Gerarchia è particolarmente utilizzata durante la prima fase del trattamento che si concentra sulla *stabilità*

Esercizio sulle linee guida della gerarchia

Un cliente:

- Ha pensieri suicidi da bassi a moderati. Nessuna storia di azioni su SI ed è attualmente impegnata nella sicurezza
- Ha bevuto fino all'intossicazione ogni sera nell'ultima settimana
- Ha un'autolesionismo superficiale, graffi alle braccia, lascia segni, ma non

Implementazione di un programma DBT: cosa considerare

- Popolazione target (criteri di inclusione/esclusione)
- Livello di assistenza necessario per la popolazione
- Obiettivi del programma (ad es. stabilizzazione acuta, miglioramento a lungo termine del funzionamento)
- Risorse disponibili (personale, spazio, altro)
- Il personale "acquista" (fedeltà) con l'approccio
- Sostenibilità dell'approccio

Implementazione di un programma DBT: cosa è necessario

- Quadro di trattamento chiaro
- Aspettative chiare sul programma
- Formazione approfondita sulla DBT e sulle competenze per tutto il personale
- Consultazione continua
- Formazione continua e sviluppo del programma
- Monitorare i risultati e utilizzarli per migliorare i servizi

Considerazioni comuni sui programmi DBT

- Programmi separati o misti per maschi e femmine?
- Gruppi aperti o chiusi?
- Durata del soggiorno?
- Quando iniziare a creare nuovi clienti?
- Manuali del programma/curriculum?
- Per quanto tempo insegnare ogni abilità?
- Per gli adolescenti: coinvolgere o no i genitori nella formazione professionale?



- Facoltativo: leggi uno o più dei quattro moduli principali delle abilità (Mindfulness, Tolleranza all'angoscia, Regolazione delle emozioni ed Efficacia interpersonale) se hai un manuale
- Se non si dispone di un manuale... Fai qualche ricerca e prendine uno!





Sui manuali di formazione delle competenze...

"Non c'è una ragione a priori per cui una formazione delle competenze programma non può essere sostituito con un altro... In un certo senso, quello che sto raccomandando è che se non si utilizza il

Quattro moduli di competenze originali (categorie di competenze)

- **Consapevolezza**
 - **Mente saggia e abilità di base del "cosa" e del "come"**
- **Tolleranza all'angoscia**

Competenze in contesti individuali

- Consigliato per clienti a bassa intensità (dove un po' di tempo individuale può essere dedicato all'insegnamento delle abilità)
- Dedicare del tempo all'inizio o alla fine della sessione per l'allenamento delle abilità
- Seguire un curriculum e/o personalizzarlo in base alle esigenze e alle preferenze del cliente
- Prendere in considerazione un approccio biblioterapico con alcuni clienti
- Intrecciare le abilità per tutti i tipi di clienti (ad esempio, "parlare" e applicare le competenze durante le sessioni)
- **Nota: alcuni clienti ad alta intensità richiedono una formazione individuale per una serie di motivi**

Competenze nelle impostazioni del gruppo di competenze

- Consigliato per clienti ad alta intensità (dove non ci sarà abbastanza tempo per insegnare le abilità nelle sessioni individuali)
- La durata del gruppo/il numero di ore di formazione professionale è

●

Lista di controllo per la formazione delle competenze

- **Segue una chiara struttura generale.**
(Ad esempio, rivede i compiti delle sessioni precedenti, introduce la lezione di abilità, presenta la lezione di abilità, assegna i compiti, termina con la consapevolezza, chiude la sessione)
- **Inizia con la pratica della mindfulness**
- **Esamina i compiti a casa**
(Ad esempio, rivede i compiti a casa che sorgono e tratta i compiti a casa non finiti come un comportamento che interferisce con il trattamento, facendo il triage al terapeuta individuale o di gruppo secondo necessità)
- **Introduce l'argomento delle competenze.**
(Ad esempio, discute le abilità e le competenze e come si relazionano agli obiettivi identificati dai clienti)
- **Mostra la padronanza concettuale della/e abilità/i presentata/e**
(Ad esempio, discute la teoria delle sessioni e le abilità, il processo e le abilità, la pratica delle abilità, può discutere l'abilità fluentemente ed è in grado di rispondere alle domande)
- **Viene preparato con esempi e/o esercizi esperienziali per i clienti**
(cioè, porta la formazione delle competenze oltre la lezione)

Lista di controllo per la formazione delle competenze

- **Mantiene il focus della sessione di formazione sulle competenze.**
(Ad esempio, evita le conversazioni laterali e le discussioni che si allontanano dal focus della sessione e delle abilità.)
- **Incoraggia e rafforza la partecipazione equilibrata dei clienti.**
(Coinvolge i clienti in una discussione. Suscita feedback.)
- **Adatta la formazione in modo appropriato alla popolazione da trattare**
(cioè, l'insegnamento e gli esempi sono rilevanti per la popolazione di trattamento e lo stile di insegnamento corrisponde alle capacità di apprendimento e al ritmo della popolazione del cliente. Considera le questioni culturali e mostra competenza culturale con gli individui e/o la popolazione dei clienti)
- **Mantiene un focus psico-educativo**
(Ad esempio, evita di entrare in questioni terapeutiche. Evita di entrare in questioni e processi terapeutici e si astiene da interventi che sono ovviamente correlati alla terapia. Problemi terapeutici di triage che sorgono al terapeuta identificato e/o alla sessione terapeutica)
- **Assegna i compiti ai clienti**
(Ad esempio, sottolinea l'importanza dei compiti a casa nell'acquisizione di competenze e rafforza gli sforzi e i risultati)
- **Termina con la pratica della consapevolezza.**

- Assegnazione dell'insegnamento ai clienti

Suggerimenti per migliorare la formazione delle competenze

- Essere basati sui punti di forza (spesso pensiamo a deficit di competenze e dimentichiamo di identificare ciò che funziona)
- Uso continuo delle abilità di "cattura" ed etichettatura
- Rinforzare tutto ciò che non è un comportamento problematico
- Modellare i comportamenti emergenti
- Orientarsi allo scopo e all'obiettivo delle competenze insegnate
- Assegna compiti a casa personalizzati e ottieni l'impegno per il follow-up
- Usa i fogli di lavoro! **(Vedere i fogli di lavoro nel pacchetto Stampati, pagine 6-19)**
- **Dare a tutti un raccoglitore con il curriculum e tutti gli altri documenti importanti**

Modulo Mindfulness

- **Le abilità di mindfulness insegnano:**
 - Consapevolezza
 - Come dirigere i tuoi processi mentali
 - Come vivere il momento
 - Come essere reattivi con il comportamento
 - Aumento della regolazione delle emozioni e diminuzione del comportamento congruente dell'umore (inefficace)
 - Migliore connessione con l'esperienza, il divertimento e la pace... così come una maggiore tolleranza di ciò che è scomodo o addirittura doloroso

Stati d'animo



Osservare e descrivere ("Quali abilità")

- **Osservare** (osservare e prendere coscienza)
 - Sentimenti, pensieri, impulsi, sensazioni fisiche, comportamenti, informazioni dai sensi, ecc.
 - Ambiente... Quali informazioni ci sono intorno a me?

Non giudicante e consapevole, (Abilità "Come")

- **Non giudicante**
 - Descrivere senza apporre un'etichetta o un'opinione
 - Essere aperti a una valutazione continua, basata sui fatti
 - L'attenzione è su "ciò che è" non sui "beni", sui "cattivi", sui dovrebbero"

partecipare (a "quale abilità") in modo efficace (a Abilità "Come")

- **Partecipa**
 - Fai una scelta consapevole su ciò che stai facendo
 - Esercita le tue abilità fino a quando non diventano parte di "te"
 - Immergiti e sii un tutt'uno con la tua esperienza

Qualità che migliorano la consapevolezza

- *Mente del principiante*: non lasciare che le esperienze passate offuschino il qui e ora
- *Compassione*: per se stessi e per gli altri. Tutti soffrono, e l'empatia e la preoccupazione guariscono
- *Tolleranza*: impara a sperimentare senza giudicarla o cercare di cambiarla
- *Fiducia*: Siate certi dei benefici della mindfulness
- *Pazienza*: alle preferenze La realtà si dispiega nel suo tempo, senza riguardo
- *Non sforzarsi*: non aggrapparsi a un obiettivo o a un risultato
- *Pratica*: i benefici derivano dalla costanza

Mindfulness: pratica e applicazione

- Deve esercitarsi quotidianamente (più volte)
- Inizio e fine di ogni sessione con mindfulness
- Affrontare le barriere alla consapevolezza (ad es. giudizi, ambiente, ecc.)
- Rendilo rilevante, interessante e piacevole
- La consapevolezza è essenziale per un uso efficace delle abilità... Si tratta di una "gateway skill"
- Quando le abilità mancano di efficacia, spesso è necessaria la consapevolezza simultanea

18

Modulo di tolleranza all'angoscia

- **La Distress Tolerance insegna:**
 - Capacità di tollerare emozioni dolorose
 - Distrarsi senza evitare
 - Percorsi verso altre competenze
 - Azione invece di reazione
 - Gestire la crisi senza peggiorarla

Quando usare la tolleranza all'angoscia

- Sono in grado di risolvere il problema (S/N)?
- È un buon momento per risolverlo (S/N)?
- Sono abbastanza in Mente Saggia per risolverlo (S/N)?
- Se "sì" a tutte e tre le domande, risolvi il problema
- Se "no" a una qualsiasi delle tre domande, la tolleranza all'angoscia può

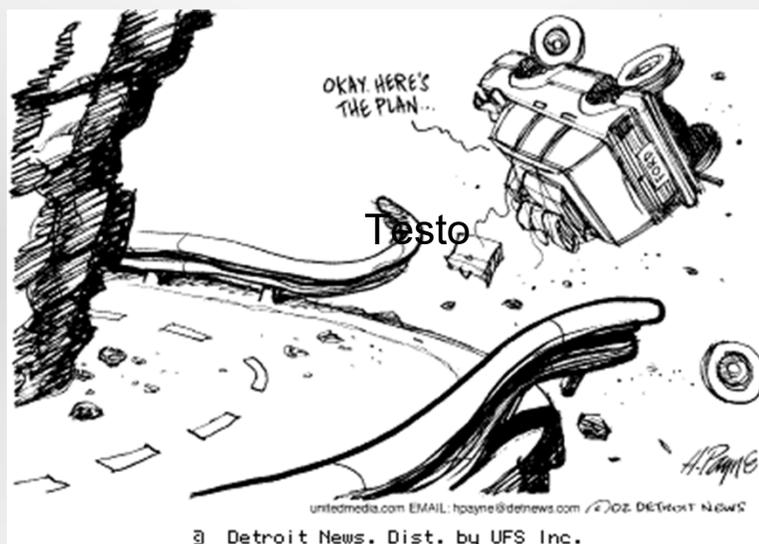
Guida

Maggiori informazioni sulla tolleranza all'angoscia

- Esercita le abilità quando NON sei in difficoltà
- Le competenze tendono ad essere a breve termine... deve avere molte abilità elencate
- Le competenze devono essere collegate a comportamenti specifici
- Addestrare i clienti a cambiare strategia quando un'abilità non lo fa lavoro
- Far evolvere i piani di competenze (scritti) in modo coerente... trattare come un "documento vivente" e **UTILIZZARE PROATTIVAMENTE (Vedere Sicurezza e Piani di crisi nel Pacchetto Dispense, pagine 51-57)**

26

Affrontare l'angoscia...



Distrarre: la mente saggia ACCETTA

Attività

Contribuire

Confronti

Emozioni

Spingendovia

Pensieri

Sensazioni

MIGLIORA il momento

Immagini

Significato

Preghiera

Rilassamento

Uno cosa alla volta

Vacanza

Incoraggiamento

Immagine (7 anni)



Auto-Lenitivo

Coinvolgimento consapevole dei sensi per il conforto:

Visione

Udito

Odorare

Gusto

Toccare

Ricorda il senso della mente e il senso spirituale

Pro e contro

- Elenca le conseguenze positive
- Elenca le conseguenze negative
- Soppesare le conseguenze a breve termine rispetto a quelle a lungo termine
- Ne vale la pena?
- Prendi una decisione
- I pro e i contro sono dialettici e attivano la Mente Saggia

Pros and Cons (P&C) Application Example	
My Basic Choices Are: Using self-injury versus using skills	
Short-Term PROS of Self-Injury	Short-Term CONS of Self-Injury
<i>Numbed my feelings!</i> <i>Worked</i> <i>Blood grounded me know</i>	<i>Missed chance to use plan</i> <i>worried about upcoming group</i> <i>Had to hide it</i>
Long-Term PROS of Self-Injury	Long-Term CONS Self-Injury
<i>None really</i>	<i>Lost trust</i> <i>Lost self-respect</i> <i>More scars</i> <i>Shame sets me up</i>
Versus	
Short-Term PROS of Skill Use	Short-Term CONS of Skill Use
<i>No need to lie or cover up</i> <i>Feel good if I make it</i> <i>No hassle with blood and stuff</i> <i>NO CHANGE ANALYSIS!!</i>	<i>Hard and might not work</i> <i>Don't know</i> <i>Maybe more emotional pain</i>
Long-Term PROS of Skill Use	Long-Term CONS of Skill Use
<i>RESPECT!</i> <i>Learn to handle life and get somewhere</i>	<i>More expectations?</i> <i>Pressure, I don't know</i>
My Decision: Skills. I guess!!	

93

Accettazione radicale

- Scelte quando la vita è dolorosa:
 - Cambia le situazioni dolorose quando puoi
 - Cambia la tua prospettiva della situazione
 - Accettare radicalmente la situazione
 - Continuare a soffrire

33

Accettare le abilità della realtà

- Accettazione radicale
 - La libertà dalla sofferenza richiede l'accettazione di "ciò che è" dall'interno.
Lasciar andare la realtà combattendo pone fine alla sofferenza
 - L'accettazione può ancora significare tollerare il dolore
 - *L'accettazione libera risorse psicologiche ed emotive per andare avanti*
- Far girare la mente
 - Impegnarsi continuamente ad accettare la realtà... oltre e più volte

- Contrattazione: cercare di fare un accordo per sfuggire alla realtà
- Depressione: avere la realtà e sentirne l'impatto
- Accettazione: riconoscere la realtà di "ciò che è"

Non importa dove ti trovi, sei nel processo

96

Accettazione quotidiana

- Affrontiamo le realtà quotidiane (cioè i fastidi) con resistenza, creando sofferenze inutili ed esaurendo le nostre risorse psicologiche ed emotive
- - Rimanere bloccati nel traffico
 - Avere un altro significativo scorbutico
 - Dimenticare qualcosa a casa
 - Dover aspettare qualcosa
 - Commettere un errore (o gestire l'errore di qualcun altro)
 - Ecc., ecc., ecc.
- Queste sono tutte opportunità per praticare l'accettazione
- Accettare queste realtà non significa essere passivi, arrendersi o arrendersi: molte di queste realtà richiedono la risoluzione dei problemi
- L'accettazione libera le nostre risorse per essere reattivi ed efficaci

97

Volontà (vs. Ostinazione)

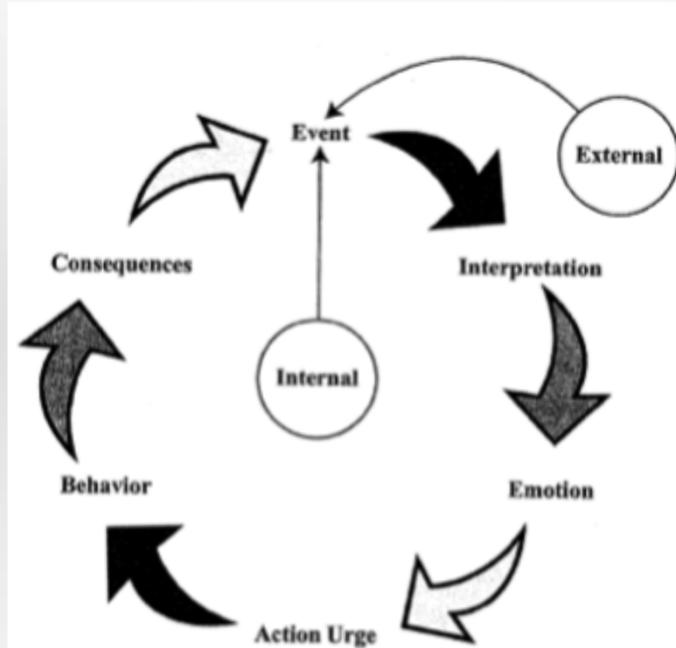
- La volontà è fare ciò che è necessario, non sedersi sul proprio mani
- Volontà significa avere a che fare con la realtà, non con ciò che si desidera
Sarebbe
- Il concetto contrasta con la nostra filosofia occidentale di "quando c'è una volontà, c'è un modo"
- "Dove c'è volontà, c'è modo" è il messaggio
- Che cosa sei disposto a fare data la situazione?

35

Modulo di regolazione delle emozioni

- **La regolazione delle emozioni insegna:**
 - Come funzionano le emozioni
 - Come ridurre la vulnerabilità emotiva
 - Come creare emozioni positive
 - Come uscire dall'umore inefficace congruente
Comportamenti
 - Come sviluppare e mantenere l'equilibrio emotivo

Modello per le emozioni



101

CONTENTO

Fisico Salute

Lista Risorse e barriere (ogni area)

Mangiare Tre pasti sani ed equilibrati

Evitare farmaci che alterano l'umore

Dormire tra le 7 e le 10 ore

Esercizio almeno 20 minuti

Quotidiano

- Affrontare le barriere
- Sviluppare un piano/traccia sulla scheda del diario

Maestria nelle costruzioni

- Impegnarsi nelle attività della vita quotidiana
- Portare a termine le attività che devono essere svolte
- Compiere passi verso un obiettivo impegnativo
- Costruisci un senso di controllo, fiducia e competenza
- Concediti credito!

Costruisci un'esperienza positiva

- A breve termine
 - Fai cose piacevoli che sono possibili ora
- A lunga scadenza
 - Investire nelle relazioni (Attend to Relationships-A2R)
 - Investi nei tuoi obiettivi
 - Costruisci una vita soddisfacente
 - Fai un passo alla volta

Costruisci un'esperienza positiva

- Deve essere pianificato/programmato
- Deve includere abilità di consapevolezza
- Affrontare le distrazioni che interferiscono con i BPE
- Affrontare le sentenze che interferiscono con i BPE (ad esempio, non meritevole, ecc.)
- Affrontare le preoccupazioni relative alle aspettative

41

Azione opposta all'emozione

- Rompere i cicli emotivi inefficaci agendo in modo opposto a comportamenti congruenti con l'umore
- L'azione opposta può anche creare un'emozione diversa
- Spesso un'abilità "gateway"
- Gli esempi includono l'attività quando si è premuti, l'avvicinamento quando ansioso ed essere gentile quando si è arrabbiati

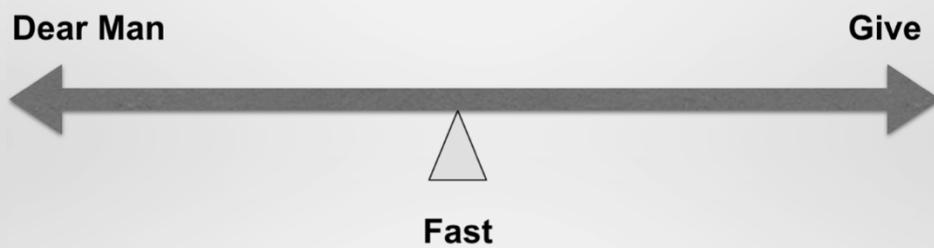


Modulo Competenze Interpersonali

- L'efficacia interpersonale insegna:
 - Come costruire il rispetto di sé
 - Come creare e mantenere relazioni
 - Come soddisfare desideri e bisogni
 - Come stabilire limiti efficaci e dire "no"

Abilità

- Capacità di efficacia del rispetto di sé: **VELOCE**
- Capacità di efficacia relazionale: **DARE**
- Capacità di efficacia oggettiva (obiettivo): **CARO UOMO**



Self balanced with others guided by values

Efficacia del rispetto di sé: VELOCE

Giusto: sii giusto con te stesso e con gli altri

Scuse: nessuna *scusa inutile* o scusa per il tuo convinzioni, opinioni o per essere te stesso

Attieniti ai tuoi valori: conosci i tuoi valori e ciò che non lo è. negoziabile. Risolvi i conflitti di valore in modo efficace

Veritiero: evita le esagerazioni, le scuse e le bugie. Essere Responsabile verso se stessi e verso gli altri

Efficacia della relazione: DARE

Genuino: sii autentico e reale e agisci dal tuo vero sé

Interesse: stabilire un contatto visivo, mostrare interesse per essere interessati, consentire la reciprocità nelle interazioni

Convalidare: riconosci ciò che hai sentito senza giudicare o fissaggio. Concentrati sull'altra persona!

FacileManiera: usa l'umorismo, sorridi e sii accomodante

CONVALIDA

Valorizzare gli altri: Cercare il valore intrinseco negli altri è essenziale per la convalida. **Fai domande:** usa le domande per far emergere l'esperienza degli altri.

Ascolta e rifletti: ascolta le risposte degli altri alle tue domande e rifletti sui temi principali.

Identificarsi con gli altri: lavorare per vedere il mondo attraverso gli occhi degli altri.

Discuti delle emozioni: parla dei sentimenti degli altri e di come li influenzano dal loro punto di vista (non di come questo influisce su di te).

Occupati dei non verbali: nota la comunicazione non verbale degli altri per darti informazioni sulla loro esperienza.

Girare la mente: la convalida non significa che siamo d'accordo con gli altri. Girare la mente è particolarmente importante quando è difficile relazionarsi e durante i conflitti.

Incoraggiare la partecipazione: la convalida può essere un processo difficile a volte, quindi dobbiamo incoraggiare noi stessi e gli altri a impegnarci l'uno con l'altro.

114



Efficacia oggettiva: CARO UOMO

Descrivi i dettagli della situazione

Esprimi le tue emozioni e i tuoi pensieri

Affermarsi chiedendo ciò che si vuole (o dicendo di no) **Rafforzare** premiando, non punendo

Consapevole: rimani concentrato sul problema

- Evita attacchi, distrazioni e tracciamento laterale
- Record rotto: asserire ancora e ancora e ancora

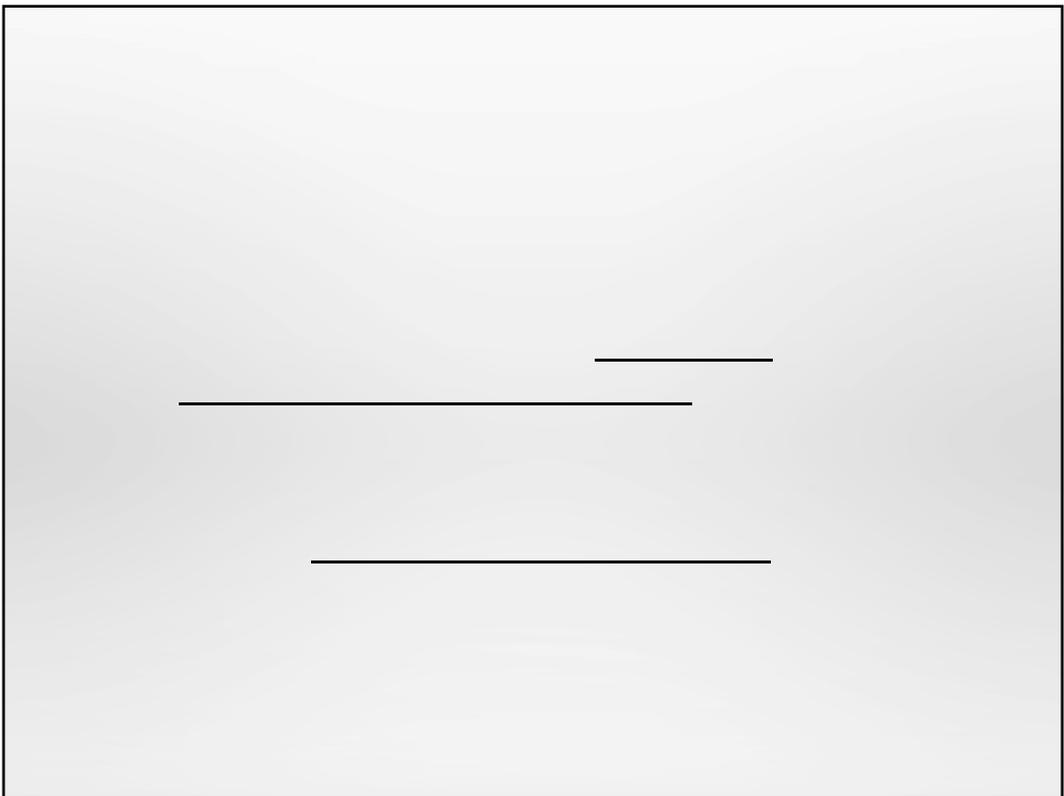
Apparire fiduciosi

- Parlare, camminare e agire con sicurezza (agire "come se" se necessario)

Negoziare

- disposti a offrire un'alternativa
- disposti a chiedere un'alternativa
- Ribaltare la situazione

- Dialettica; Modificazione cognitiva, problema-



Formazione intensiva di terapia comportamentale dialettica

Terzo giorno: la scheda del diario, l'analisi comportamentale e le tecniche di terapia DBT



Schede del diario

- Automonitoraggio degli impulsi, dei comportamenti target, dei sintomi, delle abilità, delle emozioni e di altre informazioni importanti (ad esempio, esperienze positive (punti salienti), obiettivi di trattamento, gratitudine)
- Aiuta a strutturare e generalizzare quanto appreso in terapia agli ambienti naturali; costruisce la consapevolezza e l'uso delle abilità
- Fornisce un'enorme quantità di informazioni per tenere traccia di come sta andando il cliente, determinare se ci sono comportamenti target nella gerarchia del trattamento a cui dare priorità e impostare l'agenda del trattamento
- Offre anche l'opportunità di rafforzare positivamente il successo e di informarsi sui fattori extra-terapeutici

Linee guida per la scheda del diario

- Orientare i clienti sul motivo per cui la scheda del diario è importante e su come li aiuterà a raggiungere i loro obiettivi
- Completare ogni giorno, preferibilmente alla stessa ora, per

14

Copyright © 2017 Lisa Nielsen, The Expanded DBT Skills Training Manual, 2nd Edition. All rights reserved.

Standard Diary Card (Front)

	RX	DEP	ANK	ANG	SI	SIB	TIB	Energy	Sleep	Eat	EX	Other	Other
MON													
Skills													
TUE													
Skills													
WED													
Skills													
THU													
Skills													
FRI													
Skills													
SAT													
Skills													
SUN													
Skills													

Standard Diary Card (Back)

	Feelings	Positive Experiences	Gratefulness
Monday			
Tuesday			
Wednesday			
Thursday			
Friday			
Saturday			
Sunday			

Copyright © 2017 Laura Robinson, The Expanded DBT Skills Training Manual, 2nd Edition. All rights reserved.

15

Standard Diary Card (Front)

BRAD

	RX	DEP	ANX	ANG	SI	SIB	TIB	Energy	Sleep	Eat	EX	Other	Other
MON	✓	8	7	0	6/N	8/N	0/N	4	6	✓	✓		
Skills	WM PL	D T	RA		WM	DM WS	MEETING		PL IM	PL	PL BPE		
TUE	✓	6	5	2	4/N	4/N	7/N	5	8	✓	✓		
Skills	WM PL	D T	RA SS		DM D	DM D		WALK	PL IM	OZE WM			
WED	—	9	10	4	8/N	10/Y	10/Y	3	4	—	—		
Skills		D	RA		STUCK!	CUT ALCOHOL							
THU	✓	6	7	8	5/N	5/N	0/N	5	9	✓	✓		
Skills	OZE PL	OZE BM	OZE BM SS	RA NJS	D T	D T	WM DM MEETING		PL IM	PL	PL		
FRI	✓	5	4	0	3/N	4/N	0/N	6	8	✓	✓		
Skills	WM PL OZE		M SS				WM WALK MEETING		PL IM				
SAT	✓	3	2	0	0/N	2/N	0/N	7	8	—	✓		
Skills	WM PL	BPE BM	M SS		E A E A BUSY!	E A E A BUSY!		WALK	PL IM		PL		
SUN	✓	2	2	0	0/N	4/N	0/N	7	7	✓	✓		
Skills	WM PL	BPE C BM	M SS BM		A BPE	A BPE		WALK	PL IM	PL	PL		

Standard Diary Card (Back)

	Feelings	Positive Experiences	Gratefulness
Monday	DOWN / SAD ANXIOUS CALM	MEETING VOLUNTEER	FAMILY GROUP
Tuesday	MAD (SELF) DOWN	OUT TO EAT!	?
Wednesday	ANGRY (SELF) DEPRESSED ANXIOUS	URGES! NONE	NONE
Thursday	SOME CALM DETERMINED! MAD (SELF)	MEETING MOVIE	NICE DAY
Friday	SAD HAPPY SOME STRESS	PARK MEETING	FRIEND AMY
Saturday	BETTER HAPPY DETERMINED	NETFLIX PARK	FRIEND AMY
Sunday	SPIRITUAL MORE HAPPY SOME URGES	VOLUNTEER CHURCH DOG PARK	DOG PARK!

DAILY LOG

Date:	Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
Take medications? (Yes or No)	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Anger (0- 5/action)							
Depression (0- 5)							
Anxiety (0- 5)							
Joy (0- 5)							
Safety: SI (0-5/action)							
Safety: Self Harm (0-5/action)							
Sleep (# of hours)							
BPE (Yes or No)	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Me (0- 5)							
List skills used:							
I'm thankful for...							

0=not at all 1=a little bit 2=somewhat 3=strong 4= very strong 5=extremely strong

Did I meet my goals? What skills helped me reach the end-game? What got in my way?

Goal 1:							
Goal 2:							
Goal 3:							

Core Mindfulness

Wise Mind (WM) To dialectically balance emotion and reason so you can respond rather than react
Observe (OB) To just notice experience
Describe (DE) To put words on experience
Participate (PA) To fully enter into your experience
Nonjudgmental Stance (NJS) To not attach strong opinions or labels to experience
One-mindedness (OM) To focus your attention on one thing
Effectiveness (EP) To focus on what works

Emotion Regulation

Pleasant (PL)
Physical Health: To engage in behaviors that keep your body healthy
List Resources and Barriers: To identify your resources and barriers for each area of PLEASED
Eat Balanced Meals: To maintain a healthy diet everyday
Avoid Drugs and Alcohol: To minimize or eliminate drug and alcohol use
Sleep 7 to 10 hours: To get the amount of sleep that helps you feel good
Exercise: To exercise 20 minutes three to five times each week
Daily: To make PLEASED skills daily habits, for maximum benefit
Build Mastery (BM) To do things to help you feel competent and in control
Build Positive Experiences (BPE) To seek out events that create positive feelings
Attend to Relationships (AZR) To connect with meaningful people in your life
Mood Momentum (MM) To perform balanced behaviors to maintain positive moods
Opposite to Emotion (OE) To do the opposite of the action a negative emotion pulls you to perform

Distress Tolerance

Distract with ACCEPTS
Activities (AC): To keep busy and involved
Contributing (CON): To do something for others
Comparisons (COM): To see that others struggle, too
Emotions (EM): To do something that creates other emotions
Push Away (PA): To shove your problem for later
Thoughts (T): To think about something other than your distress
Sensations (S): To invigorate your senses or to do something physically engaging
Self-Soothe (SS) To relax yourself through the senses
Urge Surfing (US) To ride the ebbs and flows of emotions/urges without reacting
Wise Mind (WM) To remove the means to act on harmful urges
IMPROVE the Moment
Imagery (IM): To relax or practice skills visually in your mind
Meaning (ME): To find the "why" to tolerate a difficult time
Prayer (PR): To seek connection and guidance from a higher power
Relaxation (RE): To calm the mind and body
One Thing at a Time (OT): To focus on one thing when overwhelmed
Vacation (V): To take a brief break
Encouragement (EN): To coach yourself with positive self-talk
Pros and Cons (P&C) To weigh the benefits and costs of a choice
Grounding Yourself (GY) To use OB and DE to come back to the here and now
Radical Acceptance (RA) To acknowledge "what is" to free yourself from suffering
Everyday Acceptance (EA) To accept daily inconveniences that occur in life
Willingness (WH) To remove barriers and do what works in a situation

Fast (F)

Fair: To be just and take a Nonjudgmental Stance (NJS) with yourself and others
Apologies Not Needed: To not apologize for having an opinion, for your own viewpoints or for things over which you have no control
Stick to Values: To know what values are non-negotiable and when values conflict, work to resolve the conflict through Wise Mind (WM)
Truth and Accountability: To be honest and accountable with yourself and others
Give (G)
Genuine: To be honest, sincere, respectful and real with others
Interested: To make efforts to connect with a person — listen intently, ask questions and listen to the answers, make appropriate eye contact
Validate: To acknowledge others' feelings, thoughts, beliefs and experiences without judgment
Bias Manner: To treat others with kindness and a relaxed attitude
Dear Man (DM)
Describe: To outline the situation in nonjudgmental language
Express: To share your opinions and feelings if they relate and will help others understand the situation
Assert: To ask clearly for what you want or need, say no or set your boundary
Reward: To let others know what is in it for them, avoid ultimatums and threats
Mindful: To stay focused on your goal
Appear Confident: To use an assertive tone of voice, make eye contact and use confident body language
Negotiate: To strike compromises that make sense, meet in the middle

Interpersonal Effectiveness

Taryn Ignaszewski, MSW, LICSW © 2016

Scopo dell'analisi del comportamento e della soluzione

- Sviluppare un'immagine di ciò che precede un comportamento (antecedenti)
- Sviluppare un quadro di ciò che viene dopo un comportamento (conseguenze)
- Comprendere il contesto che circonda i comportamenti
- Utilizzare questa comprensione per risolvere attivamente i problemi e sviluppare l'uso delle abilità
- Utilizzato spesso durante lo Stadio 1 per i bersagli sulla gerarchia del trattamento (SI, SIB, TIB)
- È anche un ottimo metodo per strutturare le sessioni

Come inquadrare il comportamento e l'analisi della soluzione

- Alcuni clienti sperimentano l'analisi del cambiamento come una punizione; se ciò accade, assicurati di convalidare l'esperienza
- **Tuttavia, discutere di come l'analisi del cambiamento sia uno strumento di apprendimento per aiutare i clienti a raggiungere i loro obiettivi**
- Discutere l'aspettativa che l'analisi delle modifiche venga utilizzata per i comportamenti target sulla gerarchia (ad esempio, SI, SIB, TIB) e per i comportamenti sia all'interno che all'esterno della sessione che richiedono la risoluzione dei problemi
- Prendere in considerazione anche l'utilizzo dell'analisi del cambiamento per i comportamenti positivi

Durante il processo di analisi del comportamento e della soluzione

- Orientare i clienti verso la procedura e continuare a orientarsi durante l'analisi delle modifiche (perché è importante per il cliente?)
- Convalidare le emozioni che sorgono e che l'analisi del cambiamento può essere difficile. Prestare attenzione alle emozioni fornisce anche effetti di esposizione
- Usa il rinforzo positivo per gli sforzi e le scoperte
- Ricorda che l'obiettivo finale è quello di apprendere abilità e risolvere problemi
- Coordinare ciò che si impara con piani di crisi, sicurezza e altre competenze

Passaggi nell'analisi del comportamento e della soluzione

1. Definire chiaramente il comportamento target
2. Chiedi informazioni sulla frequenza, l'intensità e la durata del comportamento
3. Procedi passo dopo passo fino a quando non hai un quadro chiaro di quanto segue:
 - a. Cosa ha reso vulnerabile il cliente
 - b. Qual è stato l'evento di richiesta (trigger)
 - c. Quali sono i legami tra l'evento di sollecitazione e il comportamento target (ad esempio, emozioni, pensieri, sensazioni fisiche, altri comportamenti, ciò che sta accadendo o non accadendo nell'ambiente)
 - d. Quali sono state le conseguenze del comportamento del bersaglio

Passaggi nell'analisi del comportamento e della soluzione

4. Tornare indietro e chiedere al cliente di ipotizzare possibili competenze da utilizzare per affrontare le vulnerabilità e i collegamenti intermedi, nonché competenze per sostituire i comportamenti target (sottoscrivere un piano di sicurezza, se applicabile)
5. Chiedi al cliente di risolvere i problemi su come affrontare abilmente le conseguenze in modo che non si trasformino in vulnerabilità
6. Chiedi al cliente di sviluppare un piano per fare ammenda con gli altri per il comportamento target, se applicabile
7. Ottenere l'impegno da parte del cliente a mettere in pratica attivamente le abilità identificate

Behavioral Analysis Form

Describe your vulnerabilities:

Describe the prompting event (what set it off?):

Describe your emotion on the surface (the one mostly easily noticed):

Describe any underlying emotions (the ones hidden underneath):

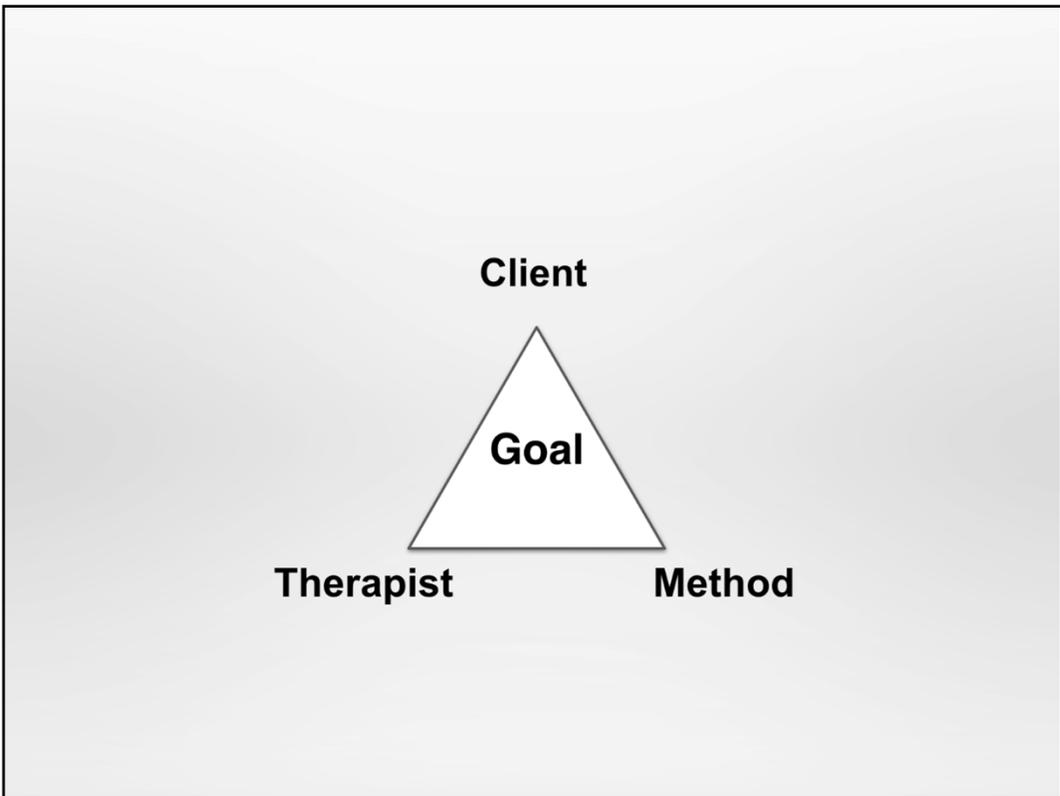
Describe your self-talk:

Describe the action urge:

Describe the action:

Describe the outcomes:

FILL IN SKILLS TO USE NEXT TIME AT EACH STEP



Iniziare (fase di pre-trattamento): socializzare il cliente al trattamento

- Definisci cos'è la DBT!
- Chiarire i rispettivi ruoli del cliente e del cliente (nonché il ruolo di altri membri del programma e fornitori di servizi, se necessario)
- Definire gli obiettivi e i compiti di ogni erogazione del servizio

Iniziare (fase di pre-trattamento): Strategie di impegno

- Valutare i pro e i contro della terapia
- Tecniche di piede nella porta
- Tecniche di porta in faccia
- Evidenziare la libertà di scelta (soprattutto nel

Interventi di impegno iniziale

- L'impegno iniziale deve passare all'accordo su:
 - Obiettivi e traguardi del piano di trattamento
 - Metodo di trattamento e mezzi per raggiungere gli obiettivi e gli obiettivi
 - Aspettative e accordi rilevanti
- L'impegno nella terapia è continuamente rivisto per molti di loro. i compiti della terapia, grandi e piccoli, compresa la rivisitazione impegno

Interventi e Orientamento

- Orientare è spiegare il motivo per cui le attività di trattamento sono necessarie per gli *obiettivi del cliente*: questo significa capire davvero cosa vuole e di cosa ha bisogno il cliente
- L'orientamento inizia durante il pretrattamento ed è continuo durante tutto il trattamento
- L'orientamento aiuta a mantenere l'impegno e a mantenere terapia *Orientato al cliente*
- Un orientamento di successo mantiene i clienti attivi e collaborativi

Validazione: Le chiavi del Regno

- La validazione è il riconoscimento non giudicante dell'esperienza del cliente
- La convalida crea le condizioni di accettazione che

-

Livelli di validazione (Linehan, 1997)

- Essere molto attenti
- Riflettere la comunicazione verbale
- Descrivere la comunicazione non verbale
- Esprimere il senso dell'esperienza data la storia o la biologia
- Esprimere il senso dell'esperienza nel momento presente e nel contesto
- Essere in contatto umano e genuino

Validazione come tecnica di esposizione

- Regola le emozioni diminuendone l'intensità
- Fornisce un'esposizione delicata e informale alle emozioni

Equilibrio tra convalida e modifica

- La convalida apre i clienti alla possibilità di modificare:
 - Fa sapere ai clienti che comprendi la natura dei loro problemi e del loro dolore
 - L'esposizione alle emozioni dolorose crea una differenza qualitativa nel relazionarsi con le emozioni (diminuendo i comportamenti di fuga ed evitamento inefficaci)
 - L'esposizione a emozioni dolorose può creare motivazione a investire nel cambiamento

Esercizio di convalida

- Formare una diade o una triade. Interpretando il tuo cliente, inizia a presentare un problema terapeutico al tuo terapeuta. Il terapeuta (per questo esercizio), resisterà alla risoluzione dei problemi



Principi comportamentali

- **Rinforzo positivo:** il comportamento è seguito da una ricompensa, aumentando la frequenza della b
- **Rinforzo negativo (si pensi all'apprendimento dell'evitamento):** il comportamento è seguito dalla rimozione di qualcosa di avverso, aumentando la frequenza della b
- **Punizione positiva:** il comportamento è seguito da qualcosa di avverso, diminuendo la frequenza della b
- **Punizione negativa (si pensi al costo della risposta):** il comportamento è seguito dalla rimozione di qualcosa, diminuendo la frequenza della b
- **Estinzione:** rimozione del rinforzo per un comportamento, che porta a un declino del b
- **Generalizzazione:** esecuzione del comportamento desiderato al di fuori dell'impostazione del trattamento

47

Considerazioni comportamentali

- I comportamenti efficaci vengono rafforzati? In quale orario?
Fai attenzione a *mantenere* i comportamenti desiderati!
- Come vengono rafforzati (mantenuti) i comportamenti inefficaci?
- Come posso modellare comportamenti efficaci durante l'estinzione
Comportamenti inefficaci?
- Considerare i principi comportamentali rilevanti durante l'analisi

50

Contingenze comportamentali

- Le conseguenze del comportamento influenzano ciò che impariamo
- relazione temporalmente stretta tra comportamento e conseguenza influenza ciò che accadrà la prossima volta che ci troveremo in una situazione simile con un contesto simile
- Evidenziare le contingenze (ad esempio, struttura, aspettative, sicurezza, feedback immediato, ecc.) aiuta i clienti a imparare e essere più efficace

Esempi di gestione delle emergenze

- Osservare i confini (limiti)
- Piani definiti con conseguenze per comportamenti specifici
- Regole e aspettative del programma con conseguenze
- Cambiamenti nell'ambiente per rinforzare o estinguere i comportamenti
- Ogni risposta osservabile del terapeuta (o del team) è un Procedura contingente
- Consulta le dispense sul gruppo di competenze DBT e sulle aspettative del programma e DBT Individual Therapy Expectations alle pagine 42-44. Vedere anche Aspettative di coaching telefonico, pagina 45 e Accordo del gruppo di consultazione, pagina 47)

53

Metodi di cambiamento del comportamento più efficaci

- Fornire rinforzi non contingenti
- Modellare un comportamento efficace
- Rafforzare i comportamenti non problematici (soprattutto quelli incompatibili)

Esercizi di interventi comportamentali

Identificare un client con un comportamento problematico.

Quali vulnerabilità o altri fattori contribuiscono alla comportamento?

In che modo il comportamento viene rinforzato (premiato/mantenuto)?

Vengono rinforzati altri comportamenti differenziali?

Quali competenze sarebbero utili per affrontare le vulnerabilità o per fornire Alternative al comportamento problematico?

Strategie dialettiche

- Entra nel paradosso evidenziando:
 - Discrepanza tra parole e comportamenti
 - Discrepanza tra valori e comportamenti
 - Inazione alla luce della conoscenza di ciò che sarebbe utile

Strategie dialettiche

- Rifiutare le risposte giuste e sbagliate può essere sì e no (ad esempio, un terapeuta può prendersi cura di loro e comunque impostare dei limiti alla disponibilità)
- Uso di metafore o storie

- Utilizzo della "regola di eccezione"

Interventi cognitivi

- Sono stati tradizionalmente de-enfatizzati nella DBT
- Supponiamo che i clienti non siano fragili; sono in grado di valutare Pensieri e convinzioni
- I clienti beneficiano di interventi cognitivi (ad esempio, la posizione giudicante è un intervento cognitivo)
- Gli interventi cognitivi in stile DBT assumono un approccio più "morbido", più convalidante avvicinarsi
- Evitare interventi cognitivi con clienti emotivamente attivati

54

Interventi cognitivi in stile DBT

- Guidato da diverse teorie (ad esempio, la disregolazione delle emozioni), in modo che le emozioni rimangano l'obiettivo primario, con i pensieri e le convinzioni come obiettivo secondario
- Evita le etichette giudicanti (es. distorsioni, errori, pensieri disadattivi, ecc.). Utilizza le tradizionali "distorsioni" cognitive, ma senza le etichette
- Convalida l'origine e l'adattamento che deriva dal pensiero o dalla credenza
- Analizza dialetticamente piuttosto che categoricamente
- Enfatizza lo spostamento e l'espansione piuttosto che uno stile "taglia e incolla" per affrontare pensieri e convinzioni; Non dissuadiamo i clienti da pensieri e convinzioni
- Indica il pensiero efficace per sviluppare il senso di fiducia in se stessi

Lavorare con il trauma nella DBT

- Sviluppare la cura di sé
 - Sviluppare competenze di messa a terra
 - Compilare il "toolkit" di tolleranza di distress
 - **Il cliente deve essere stabile prima di eseguire l'esposizione trattamento! Gli obiettivi della prima fase devono essere raggiunti prima**
- Fase due**
- EMDR è compatibile con i protocolli DBT
 - Fornire/ottenere un chiaro consenso informato

Quando non usare l'esposizione

- Quando c'è un impulso suicidario (o omicida) attivo
- In caso di autolesionismo regolare (o rischio di autolesionismo grave)
- Quando c'è psicosi
- Quando c'è un rischio significativo di danni da parte di altri
- Quando non c'è memoria sufficiente del trauma
- Quando c'è un problema clinico che ha più importanza (risolvere primo)

Alternative all'esposizione

- Approccio alla vita consapevole e centrato sul presente
- Riconnesione alle emozioni (soprattutto positive), alle relazioni e al futuro (compresi i piani per il futuro)
- Capacità di tolleranza al disagio e di regolazione delle emozioni
- Risoluzione dei problemi della vita attuale
- Interventi cognitivi intorno ai pensieri e alle credenze legate al trauma

- Fornire una chiara motivazione per queste alternative all'esposizione insieme all'applicazione coerente di tecniche che raggiungano questi obiettivi
- **La ricerca mostra che i modelli di trattamento non basati sull'esposizione hanno un'efficacia equivalente rispetto ai modelli di trattamento basati sull'esposizione. Benish, S., Imel, Z.E., & Wampold, B.E. (2007).**

Comunicazione reciproca

- Coinvolgente e reattivo, cogliendo i desideri e le esigenze dei clienti seriamente
- Essere autentici e genuini, non stare in un "terapeuta" ruolo
- Usare l'auto-rivelazione in modo ponderato al servizio della terapia

Comunicazione reciproca: divulgazione auto-coinvolgente

- Condividere esempi "benigni" e umani di uso e pratica delle abilità
- Utilizzo di esempi di come si è affrontato e risolto un problema
- Condividere quando ti saresti sentito, pensato o reagito in modo simile a come un cliente riferisce in una determinata situazione
- Condividere le tue reazioni al cliente nel momento, fornendo informazioni che gestiscono le contingenze relazionali (creando nuovo apprendimento)
- Informare il cliente sullo stato attuale della relazione, per gestire gli imprevisti o affrontare le reazioni temute

60

Auto-divulgazione delle informazioni personali

- Le informazioni personali potrebbero non essere correlate al cliente o alla terapia; Se non è rilevante, non condividerlo come regola
- Osservare e rivelare i propri limiti in merito alle informazioni personali quando necessario (ok per esplorare cosa significano le richieste personali per il cliente) • Non condividere mai problemi/questioni personali!
- Supera il test "pubblico"? In altre parole, lo condivideresti di fronte a un pubblico di tuoi colleghi?

62

Comunicazione irriverente

- L'irriverenza è uno stile anticonformista destinato a:
 - Attirare l'attenzione del cliente attraverso una sorpresa o una risposta inaspettata
 - Mostrare un altro punto di vista o far sì che il cliente elabori su un livello diverso
 - Creare un cambiamento con emozioni, pensieri o comportamenti
- L'irriverenza funziona meglio se usata da terapeuti con uno stile naturalmente irriverente
- L'irriverenza non è necessaria per essere un terapeuta DBT efficace; usalo solo se proviene da un luogo genuino

63

Elementi essenziali della comunicazione irriverente

- Presume che il cliente non sia fragile
- Deve essere circondato da convalida
- Ha bisogno di una relazione terapeutica "solida"
- Conosci il tuo obiettivo, osserva gli effetti e bilancia con convalida
- Considera se si adatta al tuo stile (o se si adatta troppo bene al tuo stile!)

Attenzione: non utilizzare in caso di frustrazione o al a spese del cliente!

64

Esempi di comunicazione irriverente

- Rispondere o riformulare la comunicazione di un cliente in modo inaspettato, di solito cogliendo un aspetto sottile o non detto della comunicazione
- Prendere una strada diretta: "Andare dove gli angeli temono di camminare"
- Essere conflittuali (ad esempio, chiamare "stronzate" il cliente)
- Chiama un "bluff" mentre fornisci una via d'uscita (al momento giusto)
- Cambia i livelli di intensità (ad esempio, tra umorismo e serietà)
- Usare il silenzio durante l'attesa di una particolare risposta
- Esprimere impotenza o onnipotenza

65

Coaching telefonico (e altro)

- Determinare la tua disponibilità (o quella del tuo programma)
- Stabilisci contingenze chiare sul coaching telefonico:
 - I clienti devono rispettare i limiti concordati
 - I clienti compilano prima un foglio di lavoro di coaching
 - La chiamata deve essere breve (da 3 a 5 minuti) e:
 - Sono focalizzati sulla risoluzione dei problemi con competenze
 - Non sono focalizzati sulla "terapia"
 - Non stanno "sfogando" le chiamate
 - La chiamata deve avvenire prima di agire su un comportamento di destinazione (nessuna chiamata all'interno 24 dopo aver recitato)
- Prendi in considerazione la possibilità di programmare le chiamate di coaching in modo proattivo, soprattutto quando il cliente sta lavorando
- Non sottovalutare l'efficacia dei check-in dei messaggi per alcuni clienti

Esamina i piani di sicurezza e di crisi nelle dispense



Funzioni di consultazione

- Migliorare le abilità del terapeuta
- Migliorare la motivazione del terapeuta
- Costruire risposte terapeutiche efficaci
- Ridurre le risposte terapeutiche inefficaci

Come best practice, consulta qualsiasi comportamento impegnativo

30

Obiettivi della consultazione

- Garantire l'integrità del programma DBT (ad esempio, struttura, protocolli, linee guida, ecc.)
- Fornire controlli ed equilibri: ridurre al minimo la terapia canaglia e Groupthink
- Fornire supporto al terapeuta: aumentare la motivazione e abilità
- Determinare una pianificazione efficace del trattamento per il cliente (ad es. interventi, risolvere problemi, affrontare questioni relative al rinvio/discarico)

Squadra di consultazione

- In un programma DBT, il team DBT è composto dal terapeuta individuale, dai formatori di abilità e da chiunque altro fornisca servizi al cliente sotto l'"ombrello" del programma
- Il gruppo di consultazione DBT è una riunione a sé stante separatamente dalle altre conferenze sui casi obbligatori

Aspettative dei membri della consultazione

- I membri devono partecipare, essere preparati ed essere attivi
- I membri praticano l'umiltà e la vulnerabilità reciproca
- I membri, come i clienti, stanno facendo del loro meglio ma devono fare meglio
- Membri, come clienti:
 - Abilità pratiche
 - Sono aperti all'analisi delle modifiche
 - Necessità di utilizzare e ricevere sia strategie di convalida che di modifica da altri membri

Consultazione

- Decidere la frequenza degli incontri di consultazione (preferibilmente settimanale)
- Strutturare le riunioni in base alle esigenze (dare priorità alle situazioni con i comportamenti target di ordine più elevato)
- Concordare le aspettative delle riunioni di consultazione
- Costruire un "milieu" consultivo in contesti clinici e di programma:
 - Utilizzare la consultazione in modo aperto e continuativo
 - Mantieni tutti "aggiornati" e coinvolti
 - Cercare la diversità nel feedback consultivo (ad esempio, non affidarsi a consulenti che la pensano allo stesso modo)
- Dedicare un po' di tempo alla mindfulness (ad esempio, 3-5 minuti all'inizio e alla fine dell'incontro) e alla formazione continua

Principi guida in consultazione (adattati da Beauchamp & Childress, 2008)

- **Beneficenza:** ciò che viene suggerito durante la consultazione probabilmente fornirà beneficio ai clienti (o al terapeuta) e sarà utile?
- **Non illecito:** ciò che viene suggerito avrà un basso rischio di danno?
- **Autonomia:** quanto suggerito rispetterà la capacità di scelta e di decisione dei clienti? Coerentemente con la "consulenza al cliente", l'intervento e l'approccio consentono ai clienti di usare le proprie competenze e di essere agenti di se stessi nella vita?
- **Fedeltà:** ciò che viene suggerito sarà fedele al consenso informato e agli accordi di trattamento, compreso ciò che è stato promesso e le regole e le aspettative discusse?
- **Giustizia:** ciò che viene suggerito bilancerà equamente i bisogni, i diritti e le risorse di un cliente rispetto agli altri in un gruppo, in un programma o in una clinica?

Processo di consultazione dell'albero decisionale

- *Uno*: Definire la preoccupazione del cliente/terapeuta
- *Due*: verificare se il problema è affrontato da politiche, procedure, protocolli, accordi o altre linee guida
- *Tre*: Discutere le posizioni sulla dialettica
- *Quattro*: Procedere verso la sintesi con queste considerazioni:
 - La posizione si adatta meglio alle linee guida del programma stabilite?
 - bisogno di formazione/chiarimento per il cliente o il terapeuta?
 - Il piano è vantaggioso per il cliente, riduce al minimo i rischi, rispetta l'autonomia del cliente e rimane fedele agli accordi?
 - piano è rispettoso e responsabile?

Lavorare con team non DBT

- Il cliente è il leader dell'équipe terapeutica
- Pratica la filosofia DBT: non giudicante e non peggiorativo nei confronti di clienti, terapeuti e team
- Collaborare: non sono necessarie visioni dogmatiche e conversioni radicali
- I membri del team non devono essere d'accordo; Il cliente potrebbe aver bisogno di decidere cosa ha più senso per il suo trattamento (ad esempio, la consultazione del cliente)
- Comunicare, comunicare, comunicare



Consultazione FAQ

- I miei consulenti devono essere formati in DBT?
- Di quanti consulenti ho bisogno?
- Dove posso trovare i consulenti?
- Altro_____?

Risoluzione dei problemi Comportamenti impegnativi

- - definizione precisa (dal punto di vista comportamentale) del problema
 - predisposta una struttura sufficiente?
 - Quali accordi sono in vigore? Il cliente e/o il terapeuta si attengono agli accordi?
 - Che cosa è stato provato? Analizza perché le soluzioni non hanno funzionato (e cosa ha funzionato)
 - Il cliente (e/o il terapeuta) è stato **convalidato**?
 - Come può essere orientato il cliente verso la risoluzione del problema (cosa c'è in esso per lui/lei)?
 - Quali sono le possibili soluzioni?
- Il cliente (e il terapeuta) possono **impegnarsi** a provare la soluzione scelta?

Risoluzione dei problemi Comportamenti impegnativi

- Questioni pratiche da considerare (adattato da Beck, 1995):
 - una solida alleanza terapeutica?
 - Gli obiettivi concordati sono chiari e vi è un impegno a lavorarci?
 - Il cliente crede nel metodo?
 - cliente è socializzato al trattamento (ad esempio, il cliente collabora e contribuisce attivamente)?
 - biologia del cliente o fattori ambientali esterni interferiscono con la terapia?
- Risoluzione dei problemi sulla base di questioni rilevanti
- Prendere in considerazione un contratto comportamentale per alcuni comportamenti difficili
- **Vedere il contratto di comportamento e il contratto GIVE nelle dispense Pacchetto, pagine 48-49.**

Compiti gerarchici con i clienti in sfide

- Controlla prima i problemi dell'alleanza
- Cercare l'accordo e l'impegno sugli obiettivi
- Ricordare al cliente gli accordi

Comportamenti autolesivi (SIB) e ideazione suicidaria (SI)

- Questi problemi sono comuni al DBP
- Tenere separata la valutazione dalla terapia
- Il SIB è un mezzo per gestire le emozioni
- L'SI è prevalente quando la vita è travolgente e lì non è un mezzo di "fuga" e/o una speranza di cambiamento

Imposta chiari imprevisti di sicurezza

- Orientare i clienti alle procedure di sicurezza: se x, allora y. Usa contingenze chiare.
- Utilizzare un follow-through coerente e non fare eccezioni ai protocolli
- Tutti i clienti segnaleranno accuratamente i problemi di sicurezza sulla scheda del diario.
- Tutti i clienti con problemi di sicurezza attuali o con una storia di problemi di sicurezza svilupperanno un piano di sicurezza. Il Piano di Sicurezza sarà messo in pratica, aggiornato e rivisto regolarmente.
- Prendi sul serio tutti i commenti suicidi: non ci sono "giochi"
- Le valutazioni e la pianificazione della sicurezza avvengono nel tempo assegnato e si interrompono alla fine della sessione (cioè nessuna valutazione e pianificazione post-sessione). I clienti che non sono disposti a collaborare saranno inviati all'ospedale per ulteriori valutazioni.
- La sicurezza è un "sì" o un "no" con un chiaro piano di sicurezza
- **Vedere Aspettative di sicurezza a pagina 50 del Pacchetto Schede**

85

Motivi comuni per SIB

- Distrarre dal dolore emotivo
- Fornire un senso di liberazione e sollievo
- Radicarsi, sentirsi reali
- Rendere "tangibile" il dolore emotivo, per vederlo
- Comunicare il dolore emotivo agli altri
- Punirsi per alleviare il senso di colpa
- Altri motivi

Valutazione SIB

- Ottenere dati di base su frequenza, gravità e durata
- Che cos'era il SIB? Che cosa è stato fatto nello specifico?
- Dove si è verificata la SIB sul corpo?
- Quanto grave o in che misura si è verificata la SIB?
- Il SIB o il SIB richiede cure mediche? Perché o perché no?
- L'individuo si è rivolto a un medico?
- Quando si è verificata la SIB?
- Qual era l'intento del SIB?
- Quali sono stati i fattori contestuali che circondano la SIB (analisi del cambiamento d'uso)?
- Qual è l'attuale stato emotivo, il livello di urgenza e la necessità di pianificare la sicurezza dell'individuo?
- L'individuo ha ancora accesso, mezzi e intenzione di agire sulla SIB?
- L'individuo è in grado di soddisfare le aspettative di pianificazione della sicurezza o è indicato un livello di assistenza più elevato?

Dilemmi della valutazione SIB

- Guardo il SIB?
- Devo e/o come posso determinare se è necessario un trattamento medico?
- Di quale quantità di dettagli ho bisogno (ad esempio, formati individuali o di gruppo)?
- Cosa succede se il cliente non è disposto a fornire informazioni?
- Consegno o detengo "strumenti" per i clienti?
- Devo conservare o smaltire i farmaci per i clienti?
- Chi è responsabile della sicurezza dei clienti?
- **Quando il SIB deve essere trattato come SI?**

Fattori di rischio di suicidio comuni

- Ideazione attuale, metodo/piano con accesso e mezzi, e intenzione di agire
- Elevata comorbidità e cronicità (fisica e mentale)
- Abuso di sostanze coesistenti e disturbi da uso di sostanze (in particolare in aumento)
- Anamnesi di tentativi di suicidio (particolarmente gravi)
- Storia dell'impulsività
- Storia di suicidio con familiari e/o amici
- Perdite recenti (ad es. relazioni, salute fisica, finanziaria, ecc.)
- Angoscia acuta ed estrema (ad es. sconforto, umiliazione, senso di colpa e vergogna, agitazione, insonnia)
- Disperazione, sentirsi inutili o intrappolati o non avere uno scopo nella vita

Fattori di rischio di suicidio comuni

- Allontanamento dagli altri e/o dalla società
- Cambiamenti inspiegabili e cambiamenti di umore (particolarmente drammatici)
- Fare "visite" inspiegabili o regalare oggetti significativi
- Membro dell'esercito/veterano
- GLBTQIA (soprattutto giovani con supporto limitato)
- Età, sesso, razza e altri fattori:
 - giovani e anziani adulti
 - non coniugati e/o solisti
 - Caucasico
 - Maschio

Fattori protettivi contro il suicidio

- Relazione/i terapeutica/e positiva/e
- Sostegno sociale positivo
- Religione/spiritualità
- Bambini in casa
- Capacità di coping e problem solving
- Senso di responsabilità, significato e/o soddisfazione di vita

Elementi essenziali della valutazione della sicurezza

- **Tutti i** clienti devono essere valutati per suicidio, autolesionismo e omicidio
- Deve essere stabilita una chiara pianificazione per i clienti a rischio (che soddisfi o superi gli standard della professione) in base al livello di intensità del trattamento indicato
- Il follow-through deve avvenire secondo il piano
- La consultazione è importante, soprattutto in situazioni a rischio più elevato
- Documentazione chiara della valutazione, del piano, del follow-through e di tutte le consultazioni (se non è documentata, non è avvenuta)

Valutazione del suicidio (fai tutto questo con specificità)

- Valutare i pensieri e gli impulsi suicidi, sia attuali che anamnesi
- Valutare il livello di intensità del pensiero e degli impulsi, da 0 a 10, e porre le domande necessarie per capire cosa significa quel livello per il cliente. Valutare la frequenza e la durata
- Valutare la cronologia dei tentativi
- Valutare il livello di disperazione

Valutazione del suicidio (fai tutto questo con specificità)

- Valutare se il cliente ha un piano e se il cliente ha i mezzi per agire sul piano e l'accesso ai mezzi. Quanto è letale il piano? (Alta probabilità di completamento con bassa probabilità di intervento più grave)
- Valutare se il cliente ha preso provvedimenti per agire
- Valutare il livello di intenzionalità (nessuno, basso, medio, alto)
- Considerare i fattori di rischio rilevanti
- Valutare la capacità del cliente di controllare il pensiero e gli impulsi e/o chiedere aiuto. Quali fattori protettivi sono disponibili e cosa ha funzionato per rimanere al sicuro? **Avviare la creazione di un piano di sicurezza.**

Dalla valutazione al piano di sicurezza

- Iniziare con i **comportamenti di sicurezza esistenti** (abilità) per costruire una base
- Identificare le **vulnerabilità** e i **segnali di avvertimento** per SI e SIB (inclusi pensieri, sentimenti, comportamenti e situazioni)
- Identificare quali **sono i suggerimenti** e i **fattori scatenanti** per SI e SIB (inclusi pensieri, sentimenti, comportamenti e situazioni)
- Identificare **competenze e comportamenti specifici che siano alternativi** a SI e SIB (basandosi sui comportamenti di sicurezza esistenti)
- Identificare **persone di supporto specifiche** a cui accedere in caso di crisi (professionale e personale)
- Identificare le barriere all'utilizzo del piano con competenze e comportamenti specifici da utilizzare per superare le barriere
- Effettuare più copie

Suggerimenti per il piano di sicurezza

- **Tutti** i clienti con problemi di sicurezza hanno bisogno di un piano di sicurezza scritto come obiettivo iniziale
- Ci si deve aspettare che i clienti rivedano e mettano in pratica quotidianamente le abilità e i comportamenti del piano di sicurezza
- Rivedere i piani di sicurezza ad ogni sessione fino a quando i problemi di sicurezza non sono stati risolti
- Aspettarsi che i clienti pratichino abilità e comportamenti sul piano di sicurezza quando non sono in difficoltà
- Chiedere ai clienti di rivedere e aggiornare attivamente i piani di sicurezza. Si tratta di documenti "vivi", sia metaforicamente che letteralmente

Contratti no-harm

- NON abbassare la responsabilità, ma...
 - Può essere utilizzato nell'ambito di una valutazione completa, Pianificazione, follow-through e documentazione
 - Può essere efficace quando c'è una solida alleanza terapeutica

Risorse informative sul suicidio

- Centro risorse per la prevenzione del suicidio www.sprc.org
- Fondazione Americana per la Prevenzione del Suicidio www.afsp.org
- Associazione Americana di Suicidologia www.suicidology.org
- Rete d'azione per la prevenzione del suicidio www.spanusa.org

Ospedalizzazioni

- Utilizzare quando non c'è un chiaro impegno di sicurezza con un piano per rimanere al sicuro (raramente per SIB, però)
- Rafforzare l'uso ospedaliero "abile"
- Rimuovere attivamente i rinforzi dai ricoveri "inesperti"
- Creare un "calvario benevolo" per i ricoveri inadeguati (utilizza contingenze comportamentali) • Ridurre al minimo i contatti con i clienti in ospedale
- Adeguare le contingenze ambientali relative ai ricoveri ospedalieri
- Trasporto solo in ambulanza o polizia
- Comunicare con l'ospedale
- Documentare in modo completo

87

Quando fare riferimento

- Quando il cliente ha bisogno di "più" di quanto consentito dal protocollo, dal modello o dal quadro di trattamento
- Quando il cliente non riesce a fare progressi dopo le barriere e gli obiettivi siano affrontati in modo adeguato
- Quando i problemi di sicurezza non sono adeguatamente affrontati
Livello attuale di assistenza

80



È ora di fare DBT: Pratica esperienziale

- Riformare la diade o la triade. Usando il video come esempio, conduci una sessione di DBT con il tuo partner. Scambia i ruoli a metà del tempo assegnato
- Ricorda: sii autentico nella presentazione del tuo cliente,

Prossimi passi: idee per lo sviluppo come terapeuta DBT

- Valuta la tua attuale comprensione e il tuo livello di abilità
- Richiedere una supervisione e/o una consultazione continua
- Trovare altri terapeuti interessati a creare un consorzio
- Seguire la formazione continua (preferibilmente da diversi istruttori)
- Rivedi libri, manuali e articoli di ricerca
- Cerca risorse online
- Sviluppa le tue competenze, materiali e fogli di lavoro (forse anche un manuale specializzato per la tua popolazione)
- Sviluppo periodico del programma
- I professionisti sono in ultima analisi responsabili del proprio sviluppo!

