

Manuale RO DBT

La Radically Open Dialectical
Behavior Therapy per il trattamento
dei disturbi da ipercontrollo

Guida teorica e pratica

Edizione italiana a cura di
Simone Cheli e Veronica Cavalletti

Thomas R. Lynch

GUIDE
PSICOLOGIA

Erickson

IL LIBRO

MANUALE RO DBT

La letteratura nazionale e internazionale è ricca di pubblicazioni dedicate alla disregolazione emotiva e al discontrollo comportamentale, mentre dedica ancora troppa poca attenzione alla iper-regolazione di emozioni e comportamenti. Eppure i disturbi da ipercontrollo sono sempre più frequenti nella pratica clinica. Questo volume offre al professionista una guida completa al trattamento delle patologie caratterizzate da eccessivo controllo inibitorio (depressione, anoressia nervosa, disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, perfezionismo clinico, ansia resistente) attraverso la Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT).

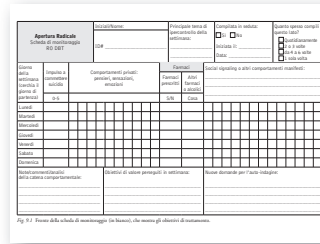
Supportata da vent'anni di ricerca, la RO DBT è un approccio transdiagnostico, frutto di un'originale sintesi tra la Dialectical Behavior Therapy (DBT) e la psicologia evoluzionistica.

Con un linguaggio chiaro e rigoroso, vengono presentati la cornice teorica del metodo, le indicazioni e i protocolli per la valutazione, i suggerimenti per l'impostazione del setting e le strategie di trattamento passo per passo.

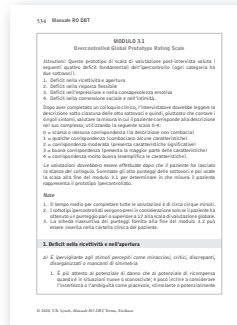
L'AUTORE

THOMAS R. LYNCH

Professore emerito di Psicologia clinica presso la Scuola di Psicologia dell'Università di Southampton. Fondatore della Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT), ha ricevuto premi e riconoscimenti dal National Institutes of Health-US, dal Medical Research Council-UK e dalla National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression.



Scheda di monitoraggio RO DBT



Overcontrolled Global Prototype Rating Scale

Price tag for the book: € 39,00. ISBN 978-88-590-2140-7. Barcode with numbers 9 17 88859 102140 7. Website: www.erickson.it

Indice

- 7** Presentazione all'edizione italiana
(S. Cheli e V. Cavalletti)
- 13** Introduzione
- 19** Ringraziamenti
- 23** Glossario
- 27** CAP. 1 Apertura radicale e disturbi da ipercontrollo
- 61** CAP. 2 Una teoria neurobiosociale per i disturbi da ipercontrollo
- 107** CAP. 3 Strategie di assessment
- 125** CAP. 4 Presupposti terapeutici, struttura e obiettivi di trattamento
- 139** CAP. 5 Massimizzare il coinvolgimento del paziente
- 197** CAP. 6 L'importanza del social signaling: micromimica, neuroni specchio e connessione sociale
- 239** CAP. 7 Apertura radicale e auto-indagine: pratica personale, modellamento terapeutico, supervisione e consultazione di gruppo
- 277** CAP. 8 Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni
- 301** CAP. 9 Obiettivi di trattamento e intervento: dare priorità al social signaling
- 389** CAP. 10 Strategie dialettiche e comportamentali
- 483** CAP. 11 Osservazioni conclusive, questioni pratiche e aderenza al trattamento
- 489** Bibliografia

APPENDICI

- 525** APPENDICE 1 *Assessing Styles of Coping: Word-Pair Checklist*
- 529** APPENDICE 2 *Clinician-Rated OC Trait Rating Scale*
- 533** APPENDICE 3 *Overcontrolled Global Prototype Rating Scale*
- 551** APPENDICE 4 *RO DBT Semistructured Suicidality Interview*
- 557** APPENDICE 5 *Individuare i segnali sociali indiretti: Protocollo per la seduta*
- 569** APPENDICE 6 *Preparare il terreno per un'analisi efficace della catena comportamentale: Protocollo per la seduta*
- 575** APPENDICE 7 *Utilizzare le analisi delle catene comportamentali e delle soluzioni in RO DBT: Principi e protocollo per la seduta*
- 591** APPENDICE 8 *Aderenza alla RO DBT: Una checklist di auto-valutazione*

Presentazione all'edizione italiana

Simone Cheli e Veronica Cavalletti¹

Thomas Lynch e la riscoperta dell'ipercontrollo

Un dato che non può non suscitare l'interesse dei clinici è l'assoluta discrepanza tra le innumerevoli pubblicazioni e ricerche dedicate ai temi della disregolazione e della disinibizione e la limitata attenzione riservata alla iper-regolazione e, in genere, ai tratti inibiti e coartati.

Nell'ambito dei disturbi di personalità (DP), ad esempio, questa sperequazione porta a una sorta di paradosso. Se le pubblicazioni relative al disturbo borderline di personalità (DBP) sono innumerevoli e su PubMed superano di circa tre volte quelle sul disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP), i dati sulla prevalenza sono ben discordanti (Volkert, Gablonski & Rabung, 2018). La prevalenza del DOCP nella popolazione generale è la più elevata in assoluto (3.20%) tra i DP e ben oltre il doppio di quella del DBP (1.19%); similmente il Cluster C è ben più prevalente (4.93%) del Cluster B (3.72%). Inoltre, sebbene la ricorrenza di comportamenti a rischio (autolesionismo, abuso di sostanze, ecc.) sembri erroneamente caratteristica specifica del DBP e del Cluster B, i dati sembrano far emergere come il predittore più significativo dei tentativi e dei tassi di suicidio sia la severità del DP in genere (Blasco-Fontecilla et al., 2009). Sempre più studi evidenziano come, ad esempio, le persone con tratti perfezionistici o

¹ Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze.

ipercontrollati riportino tassi elevati di suicidio (Hewitt, Flett, Sherry & Caelian, 2006) e di abuso di sostanze (Rice & Van Arsdale, 2010), o addirittura come ricorrano tratti dipendenti o ossessivo-compulsivi in psicopatici e criminali seriali (Zeigler-Hill & Marcus, 2016).

Negli ultimi anni ci siamo confrontati con una crescente difficoltà nel reperire interventi evidence-based e concettualizzazioni adeguate per i pazienti caratterizzati da tratti inibiti e coartati. Sia in contesti pubblici che privati tratti o dimensioni di personalità caratterizzate da iper-controllo, inibizione e ritiro sociale sembrano evidenziare tre caratteristiche cliniche comuni e rilevanti: destano limitata attenzione da parte dei servizi e della rete sociale per l'apparente non pericolosità; portano spesso il clinico a confondere l'inibizione emotiva con una presunta buona aderenza ai trattamenti; a fronte di interventi non adeguati, possono mostrare comportamenti a rischio ed elevati tassi di drop-out. Quello che infatti è il più rilevante fattore di mantenimento dell'ipercontrollo è la costante presenza di rinforzi sociali che plasmano le modalità di risposta della persona nel corso della propria vita. Un ricorrente e pervasivo controllo delle proprie emozioni e comportamenti, assieme a un monitoraggio automatizzato dei possibili segnali di minacce interpersonali, fa apparire l'ipercontrollo come un'auspicabile strategia prosociale. Nello scegliere un collega con cui iniziare un progetto o nel sedersi accanto a uno sconosciuto in treno, è facile immaginare che si tenda a preferire una persona ipercontrollata a una discontrollata.

Ma chiunque abbia lavorato con pazienti con anoressia nervosa, depressione cronica o DOCP sa bene come queste strategie ipercontrollate siano in realtà assai disfunzionali e difficili da trattare. Sa bene come i comportamenti a rischio (talvolta mortali) siano tragicamente ricorrenti, difficili da anticipare e soprattutto da modificare. La scoperta della Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT) ha rappresentato un cruciale punto di svolta nel nostro lavoro con pazienti con tratti ipercontrollati, che per comodità inseriamo in categorie diagnostiche legate ai disturbi depressivi, del comportamento alimentare, ai DP del Cluster C e A.

L'opera di Thomas R. Lynch si inserisce in due filoni centrali della psicoterapia moderna, offrendone un'integrazione originale e basata su solide evidenze: la psicologia evolucionistica e la Dialectical Behavior Therapy (DBT). Da un lato, è facile riconoscere come gli studi alla base della RO DBT siano ancorati alla tradizione evolucionistica inglese che ha fortemente condizionato tutto il moderno dibattito psicologico (Gilbert, 2009) e antropologico (Dunbar, Gamble & Gowlett, 2014). L'assunto di partenza del libro, che qui presentiamo per la prima volta in lingua

italiana, è che noi umani «siamo tribali per natura» (Lynch, 2018a, p. 2), e che la nostra sopravvivenza dipende dallo sviluppo e dal mantenimento di legami sociali tramite tre fattori denominati nella RO DBT come *apertura*, *flessibilità* e *interconnessione sociale*. Dunque l'ipercontrollo rappresenta una dimensione transdiagnostica in cui le persone, nel cercare di mantenere le proprie relazioni, sviluppano delle strategie disfunzionali basate su una spirale di ipermonitoraggio e inibizione emotivo-comportamentale. Dall'altro lato, il protocollo della RO DBT è esplicitamente basato sul lavoro svolto da Marsha Linehan (1993) nell'ambito del discontrollo e della disinibizione; dalla DBT Lynch ha direttamente mutuato l'approccio transdiagnostico alla regolazione delle emozioni (Neacsiu, Bohus & Linehan, 2014) e l'utilizzo di un programma altamente strutturato e articolato in terapia individuale e skills training (Lynch, 2018b). In entrambi gli interventi il focus terapeutico resta sulla dimensione dialettica attraverso un processo di messa in discussione dei presupposti del paziente attraverso fasi successive: «una tesi (ad esempio, "l'inibizione è utile") che dà luogo a una reazione, la sua antitesi ("la disinibizione è utile"), che a sua volta contraddice e sembra negare la tesi, mentre la tensione tra queste due prospettive opposte si risolve attraverso una sintesi delle due visioni, che idealmente si traduce in un funzionamento di ordine superiore, non semplicemente in un compromesso» (Lynch, 2018, p. 297).

Il lavoro di Lynch nacque dall'esigenza di esplorare l'adattabilità della DBT in pazienti con depressione cronica e comorbidità per i disturbi di personalità (Lynch, 2000; Lynch & Cheavens, 2008). Nel far questo emerse, da un lato, l'utilità di un approccio strutturato e al contempo dialettico come quello appunto della DBT ma, dall'altro, la necessità di riconoscere come l'ipo-controllo e l'iper-controllo non fossero semplicemente due poli del medesimo costrutto. Sono bensì la risultante evolutiva (ed evolutivistica) di due specifici pattern bio-temperamentali con proprie caratteristiche genetiche e fenotipiche. Nasce dunque la RO DBT con il suo insieme di evidenze teoriche (Gilbert, Hall & Codd, 2020) e cliniche, in particolare nell'anoressia nervosa (Lynch et al., 2013), nella depressione cronica (Lynch et al., 2018) e nei disturbi di personalità (Lynch, Hempel & Clark, 2015).

Il manuale, la cui edizione originale inglese è stata pubblicata nel 2018 (Lynch, 2018a; 2018b) e che ora è finalmente disponibile per il pubblico italiano, offre una guida dettagliata e pratica alla comprensione e all'applicazione della RO DBT non solo nel contesto di specifici disturbi, ma anche e soprattutto nel confrontarsi in chiave transdiagnostica con il tema dell'ipercontrollo, tema che spesso è stato dimenticato dalla letteratura spe-

cialistica, per quanto «gli individui con disturbi da ipercontrollo soffrono spesso in silenzio e in maniera assai poco evidente» (Lynch, 2018a, p. 9).

Bibliografia

- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Duberstein, P., Perez-Rodriguez, M. M., Dervic, K., Saiz-Ruiz, J., Courtet, P., de Leon, J., & Oquendo, M. A. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of personality disorders, 24*(6), 773-784.
- Dunbar, R. I. M., Gamble, C., & Gowlett, J. A. G. (2014). *Lucy to Language: The Benchmark Papers*. Oxford: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, K., Hall, K., & Codd, R. T. (2020). Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Social signaling, transdiagnostic utility and current evidence. *Psychology Research and Behavior Management, 13*, 19-28.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guildford Press.
- Lynch, T. R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(4), 468-477.
- Lynch, T. R. (2018a). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy. Theory and practice for Treating Disorders of Overcontrol*. Oakland, CA: Context Press.
- Lynch, T. R. (2018b). *The Skills Training manual for Radically Open Dialectical Behavior Therapy's Guide for Treating Disorders of Overcontrol*. Oakland, CA: Context Press.
- Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 154-167.
- Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry, 13*, 293.
- Lynch, T.R., Hempel, R.J., Clark, L.A. (2015). Promoting Radical Openness and Flexible Control. In J. Livesley, G. Dimaggio, & J. Clarkin (Eds.), *Integrated Treatment for Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lynch T. R., Hempel R. J., Whalley B., Byford S., Chamba, R., Clarke, P., Clarke, S., Kingdon, D., O'Mahen, H., Remington, B., Rushbrook, S. C., Shearer, J., Stanton, M., Swales, M., Watkins, A. & Russell, I. T. (2018). Radically

- open dialectical behaviour therapy for refractory depression: the RefraMED RCT. *Efficacy and Mechanism Evaluation*, 5(7).
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 491-507). New York: The Guilford Press.
- Rice, K. G., & Van Arsdale, A. C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 439-450.
- Volkert, J., Gablonski, T., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
- Zeigler-Hill, V., & Marcus, D.K. (Eds.) (2016). *The Dark Side of Personality: Science and Practice in Social, Personality, and Clinical Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Apertura radicale e disturbi da ipercontrollo

L'autocontrollo — la capacità di inibire pulsioni, impulsi, comportamenti o desideri concorrenti e di ritardare la gratificazione al fine di perseguire obiettivi distali — è spesso equiparato a successo e felicità. In effetti, molti dei problemi personali e sociali che affliggono la società moderna sono caratterizzati da fallimenti nell'autocontrollo e questi risultano correlare, trasversalmente e longitudinalmente, con un ampio spettro di criticità, tra cui figurano l'abuso di sostanze, le attività criminali, la violenza domestica, le difficoltà finanziarie, le gravidanze adolescenziali, il fumo e l'obesità (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994; Moffitt et al., 2011). Non sorprende che porzioni significative della spesa pubblica e della ricerca si concentrino sulla comprensione, la prevenzione e il trattamento dei deficit di autocontrollo.

Autocontrollo: si può avere troppo di una cosa buona?

Tuttavia, le ricerche dimostrano che l'eccessivo autocontrollo può rivelarsi problematico tanto quanto la sua carenza. L'ipercontrollo si associa all'isolamento sociale, a uno scarso funzionamento interpersonale e a disturbi di salute mentale gravi e resistenti al trattamento, come l'anoressia nervosa, la depressione cronica e il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (Lynch

& Cheavens, 2008; Zucker et al., 2007). A causa dell'alto valore che la maggior parte delle società ripone nel ritardare la gratificazione e inibire la manifestazione pubblica di emozioni e impulsi potenzialmente distruttivi, i problemi legati all'eccessivo controllo inibitorio, o ipercontrollo, hanno ricevuto poca attenzione o sono stati mal interpretati, rendendo difficile la loro rilevazione da parte dei clinici.

L'ipercontrollo maladattivo si manifesta senza dare nell'occhio: anche se gli individui ipercontrollati sperimentano un'elevata attivazione fisiologica difensiva (ansia, depressione e rancore, ad esempio), probabilmente minimizzano la loro angoscia personale quando vengono interrogati sul loro stato d'animo («Sto bene»). Di conseguenza, sono meno propensi a ricercare un trattamento di salute mentale e spesso nessuno al di fuori della famiglia è consapevole del loro disagio psicologico interiore. Ecco perché possono arrivare a convincere se stessi e gli altri che il loro agire rigido, costretto e governato da regole e lo stile interpersonale distaccato siano normali o addirittura ideali. Tendono a prendere la vita sul serio, a stabilire elevati standard personali, a lavorare sodo e a comportarsi in maniera appropriata, e di frequente sacrificano i loro bisogni personali al fine di conseguire gli obiettivi desiderati o aiutare il prossimo. Tuttavia, nel loro intimo spesso si sentono incapaci di unirsi agli altri o stringere relazioni intime. L'ipercontrollo funziona bene quando si tratta di star seduti in silenzio in un monastero o durante la costruzione di un veicolo spaziale, ma crea problemi quando parliamo di connessione sociale.

Definire l'ipercontrollo

L'ipercontrollo maladattivo è caratterizzato dai seguenti quattro deficit fondamentali.

1. *Scarsa ricettività e apertura*, che si concretizza nella ridotta apertura a feedback insoliti, inattesi o contrastanti; evitamento di incertezze o rischi imprevisi; sospettosità; ipervigilanza rispetto a potenziali minacce; marcata tendenza a sottovalutare o respingere riscontri cruciali.
2. *Scarso controllo flessibile*, espresso dall'esigenza compulsiva per la struttura e l'ordine; iperperfezionismo; elevato obbligo e dovere sociale; ripetizione, premeditazione e pianificazione compulsiva; *approach coping* e desiderio compulsivo di risolvere i problemi; comportamento rigido e governato da regole; alta certezza morale (convinzione che esista un solo modo «giusto» di fare qualcosa).

Presupposti terapeutici, struttura e obiettivi di trattamento

Dopo aver valutato il paziente seguendo il protocollo descritto nel capitolo 3, e dopo aver stabilito che il soggetto soddisfa i criteri per l'ipercontrollo maladattivo, il passo successivo è quello di intraprendere il trattamento. Questo capitolo offre una breve panoramica degli assunti terapeutici, della struttura e degli obiettivi di trattamento utilizzati in RO DBT. Il capitolo inizia descrivendo brevemente i principi fondamentali della posizione terapeutica della RO DBT, per poi delineare le ipotesi di base che guidano il trattamento e fornire una panoramica della sua struttura. Le specifiche strategie, i protocolli o le skills che sono brevemente trattate in questo capitolo verranno descritte in dettaglio nei capitoli successivi. È importante notare che il capitolo si concentra principalmente sul trattamento ambulatoriale RO DBT, ma questo non dovrebbe essere considerato l'unico mezzo di erogazione del trattamento (ad esempio, le prove di evidenza supportano sia la RO DBT per il trattamento di pazienti adulti ricoverati con anoressia nervosa che l'uso del solo percorso di skills training; si veda il capitolo 1).

Gli individui che sono in grado di ritardare la gratificazione, fare programmi, persistere in attività onerose per raggiungere obiettivi a lungo termine e comportarsi coscientemente sono molto apprezzati nella maggior parte delle comunità. Sono gli uomini d'azione, i risparmiatori, i pianificatori, quelli che hanno sempre la soluzione a tutto — le persone che

si vedono lavorare fino a tarda notte per poi alzarsi presto per assicurarsi che le cose funzionino correttamente. Si sforzano di essere morigerati in tutti gli aspetti della loro vita e sono in grado di mettere da parte del denaro per il loro pensionamento, al fine di evitare di essere un peso per gli altri. La posizione terapeutica assunta in RO DBT non può essere separata da queste caratteristiche sottostanti, fondamentalmente prosociali, di autocontrollo — in effetti, si postula che l'eccessivo controllo sia prosociale a un livello nucleare (si veda la tabella 4.1) —; eppure, come abbiamo visto, il maggior punto di forza degli individui ipercontrollati si rivela essere anche la loro più grande debolezza. Si sentono esausti del loro abituale autocontrollo, ma incapaci di frenarlo.

TABELLA 4.1
L'ipercontrollo è fondamentalmente prosociale

Caratteristiche dell'ipercontrollo	Aspetti prosociali
Capacità di ritardare la gratificazione	Permette di risparmiare risorse per tempi futuri
Intenzione di essere corretti, superare le aspettative ed eseguire un buon lavoro	Essenziale per la capacità collettiva di prosperare e crescere
Dare valore al dovere, all'obbligo e all'autosacrificio	Aiuta la società a fiorire e assicura che le persone in difficoltà ottengano sostegno
Dare valore a regole e correttezza	Aiuta le società a rimanere equilibrate e consente di resistere a individui potenti ma non etici o a pressioni sociali dannose
Elaborazione focalizzata sui dettagli e rapido riconoscimento dello schema	Aumenta la precisione e pertanto la probabilità che i problemi vengano individuati e risolti in modo che ogni cosa funzioni in maniera adeguata

La RO DBT riconosce la natura prosociale dell'ipercontrollo adottando una posizione terapeutica che riconosce, allo stesso tempo, il senso di separazione o di differenziazione del paziente dagli altri. Nonostante il desiderio di connessione sociale, i pazienti ipercontrollati vivono interiormente se stessi come estranei e spesso non sanno come unirsi agli altri o formare relazioni intime (anche se è improbabile che lo rivelino a qualcuno). Si sentono come stranieri in una terra straniera; spesso, anche

quando si trovano con membri della loro famiglia, restano sempre in osservazione e raramente partecipano pienamente. Al fine di correggere questo squilibrio, il ruolo del terapeuta RO DBT può essere meglio descritto come quello di un *ambasciatore tribale*, ovvero qualcuno in grado di apprezzare gli straordinari autosacrifici agiti dai soggetti ipercontrollati per soddisfare o superare le aspettative della comunità e comportarsi bene, e che li accoglie calorosamente nella tribù.

Assunti fondamentali della RO DBT

La metafora del terapeuta come ambasciatore tribale è stata ideata per fornire ai terapeuti un senso viscerale del loro ruolo e un obiettivo fondamentale nel lavoro con i pazienti ipercontrollati. Essa funge anche da base per gli assunti centrali di trattamento in RO DBT, che elenchiamo di seguito.

- Il benessere psicologico implica la confluenza di tre fattori: ricettività, flessibilità e connessione sociale.
- La RO DBT sottolinea la nostra natura tribale. Dà la priorità alla connessione sociale come aspetto essenziale per il benessere individuale e la sopravvivenza della specie.
- Il social signaling è importante. I deficit (non gli eccessi) nella segnalazione prosociale sono il problema centrale nei disturbi da ipercontrollo e si suppone che siano la fonte della solitudine sperimentata dai pazienti ipercontrollati.
- L'apertura radicale presuppone che non vediamo le cose per come sono, ma le vediamo per come siamo.
- L'apertura radicale comporta la volontà di interrogarsi quando siamo in difficoltà: *Cos'è che potrei aver bisogno di imparare?*
- I terapeuti RO DBT praticano l'apertura radicale e l'auto-indagine su se stessi, poiché l'apertura radicale non è qualcosa che può essere colta solo tramite mezzi intellettuali.
- I terapeuti RO DBT modellano l'umiltà assumendosi la responsabilità delle loro percezioni e azioni in modo da evitare di dare la colpa a se stessi, agli altri o al mondo, e lo fanno per incoraggiare i loro pazienti ipercontrollati a adottare una pratica simile.
- La RO DBT incoraggia i pazienti a celebrare i problemi come opportunità di crescita invece di considerarli degli ostacoli.
- I terapeuti RO DBT riconoscono l'arroganza di supporre di comprendere pienamente i loro pazienti, pur continuando a sforzarsi di capirli.

Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni

Il presente capitolo si pone lo scopo di descrivere in dettaglio le strategie di RO DBT progettate per potenziare l'ingaggio del paziente ipercontrollato in terapia. I pazienti ipercontrollati sperimentano interiormente un senso di estraneità. Per correggere questa sensazione, il ruolo del terapeuta RO DBT è quello di accogliere il paziente emotivamente isolato all'interno della tribù. Il capitolo è organizzato secondo quattro vasti argomenti:

1. la posizione terapeutica nella RO DBT
2. l'alleanza terapeutica
3. rotture e riparazioni dell'alleanza
4. prevenzione degli abbandoni prematuri della terapia.

La posizione terapeutica in RO DBT

Piuttosto che concentrarsi su ciò che non va nei soggetti perfezionisti ipercontrollati e iper-focalizzati sui dettagli che tendono a vedere errori ovunque (anche in se stessi), la RO DBT inizia notando ciò che è sano (in tutti) e lo usa per guidare gli interventi terapeutici. In RO DBT, si ipotizza che la salute o il benessere psicologico coinvolga tre caratteristiche fondamentali interagenti:

1. la ricettività e l'apertura a nuove esperienze e a feedback disconfermanti, per favorire l'apprendimento;
2. il controllo flessibile, per adattarsi alle mutevoli condizioni ambientali;
3. la connessione sociale (con almeno un'altra persona), basata sul presupposto che la sopravvivenza delle specie ci ha richiesto di formare legami duraturi con altri individui non consanguinei e di lavorare insieme in gruppi o tribù.

I pazienti ipercontrollati, come molte altre persone, mostrano difficoltà in tutti e tre gli aspetti, eppure il tratto di cui hanno più bisogno è quello in cui hanno più problemi: sentirsi socialmente connessi.

In effetti, la RO DBT postula che i principali svantaggi dell'ipercontrollo maladattivo siano di natura sociale. Ad esempio, sia la scarsa apertura che la pervasiva costrizione dell'espressione emotiva hanno ripetutamente dimostrato di esercitare un impatto negativo sulla formazione di stretti legami sociali, portando a un crescente senso di isolamento dagli altri. I pazienti ipercontrollati soffrono di solitudine emotiva — non la mancanza di contatto, ma la mancanza di *connessione intima* con gli altri. Quindi, piuttosto che concentrarsi su come fare meglio o impegnarsi di più, l'obiettivo primario della RO DBT è quello di aiutare il paziente a imparare a ricongiungersi alla tribù e stabilire forti legami sociali con gli altri. Di conseguenza, il ruolo del terapeuta in RO DBT può essere paragonabile a quello di un ambasciatore tribale che metaforicamente incoraggia il paziente socialmente isolato a ricongiungersi alla tribù veicolando un messaggio del genere: «Benvenuto. Apprezziamo il tuo desiderio di soddisfare o superare le aspettative e i sacrifici che hai fatto. Hai lavorato sodo e meriti un po' di riposo».

Come ambasciatore, il terapeuta RO DBT adotta una posizione che modella la gentilezza, la cooperazione e la giocosità piuttosto che un atteggiamento mirato a risolvere, correggere, limitare o migliorare il paziente. Inoltre, gli ambasciatori non si aspettano che le persone con cui interagiscono pensino, sentano, agiscano o parlino nel loro stesso modo. Celebrano la diversità e riconoscono che come specie siamo migliori quando stiamo uniti e non presumono automaticamente che la loro prospettiva sia quella giusta. Si rivolgono a coloro che sono diversi e imparano le loro usanze e la loro lingua, senza aspettarsi nulla in cambio. Gli ambasciatori costruiscono ponti. Ti salvano la faccia: permettono a una persona (o a un paese) di ammettere delle colpe, senza che nessuno punti loro il dito contro (cioè senza umiliare pubblicamente nessuno). Ad esempio, i terapeuti della RO DBT riconoscono che sarebbe arrogante presumere di poter arrivare a comprendere appieno

i loro pazienti e, di conseguenza, sono più propensi a usare delle ipotesi in seduta («È possibile che...» o «Forse...») piuttosto che verità assolute («So che...» o «Tu sei...»). Gli ambasciatori spengono i motori quando le cose diventano estremamente tese durante le trattative, permettendo all'altra persona (e a se stessi) la grazia di non dover capire, risolvere o dirimere immediatamente un problema o una questione. Eppure riconoscono anche che a volte essere gentili significa rivelare ai buoni amici verità dolorose per aiutarli a raggiungere i loro obiettivi di valore, e dicono queste verità dolorose in un modo che riconosce il loro potenziale di fallibilità. L'obiettivo sovraordinato della RO DBT è quello di aiutare il paziente ipercontrollato a crearsi una vita degna di essere condivisa, sulla base della premessa che la nostra esperienza individuale di benessere dipenda fortemente dalla misura in cui ci sentiamo socialmente connessi o parte di una tribù.

L'alleanza terapeutica

La RO DBT non considera l'aderenza al trattamento, le dichiarazioni di impegno o la mancanza di conflitto come indicatori di una forte relazione terapeutica; piuttosto sono le rotture dell'alleanza (quelle che vengono riparate) a essere considerate prove operative di una solida relazione tra terapeuta e paziente. Le rotture dell'alleanza forniscono il terreno di pratica per imparare che il conflitto può migliorare l'intimità e che esprimere sentimenti interiori, compresi quelli che comportano il conflitto o il disaccordo, fa parte di una normale relazione sana. Di conseguenza, la RO DBT considera la relazione terapeutica come relativamente superficiale se alla quattordicesima seduta la diade terapeuta-paziente non è passata per varie rotture dell'alleanza, seguite da efficaci riparazioni. Tuttavia, non è semplice giungere a questo punto giacché i pazienti ipercontrollati non solo sono esperti nel mascherare i sentimenti interiori, ma anche più inclini ad abbandonare una nuova relazione (ad esempio, la terapia) piuttosto che affrontare direttamente un potenziale conflitto.

Non va sottovalutata la difficoltà di stabilire un vero e proprio rapporto terapeutico di lavoro con un paziente ipercontrollato. Le predisposizioni biotemperamentali del soggetto ipercontrollato, combinate con uno stile di attaccamento evitante o distanziante e con una tendenza iper-appresa a mascherare i sentimenti interiori ed evitare il conflitto, rendono difficile non solo stabilire ma anche riconoscere lo sviluppo di una vera e propria alleanza terapeutica di lavoro. Inoltre, la maggior parte dei pazienti ipercontrollati

MODULO 3.1

Overcontrolled Global Prototype Rating Scale

Istruzioni: Questo prototipo di scala di valutazione post-intervista valuta i seguenti quattro deficit fondamentali dell'ipercontrollo (ogni categoria ha due sottovoci).

1. Deficit nella ricettività e apertura
2. Deficit nella risposta flessibile
3. Deficit nell'espressione e nella consapevolezza emotiva
4. Deficit nella connessione sociale e nell'intimità.

Dopo aver completato un colloquio clinico, l'intervistatore dovrebbe leggere la descrizione sotto ciascuna delle otto sottovoci e quindi, piuttosto che contare i singoli sintomi, valutare la misura in cui il paziente corrisponde alla descrizione nel suo complesso, utilizzando la seguente scala 0-4:

- 0 = scarsa o nessuna corrispondenza (la descrizione non combacia)
- 1 = qualche corrispondenza (combaciano alcune caratteristiche)
- 2 = corrispondenza moderata (presenta caratteristiche significative)
- 3 = buona corrispondenza (presenta la maggior parte delle caratteristiche)
- 4 = corrispondenza molto buona (esemplifica le caratteristiche).

Le valutazioni dovrebbero essere effettuate dopo che il paziente ha lasciato la stanza del colloquio. Sommate gli otto punteggi delle sottovoci e poi usate la scala alla fine del modulo 3.1 per determinare in che misura il paziente rappresenta il prototipo ipercontrollato.

Note

1. Il tempo medio per completare tutte le valutazioni è di circa cinque minuti.
2. I sottotipi ipercontrollati vengono presi in considerazione solo se il paziente ha ottenuto un punteggio pari o superiore a 17 alla scala di valutazione globale.
3. La scheda riassuntiva dei punteggi fornita alla fine del modulo 3.2 può essere inserita nella cartella clinica del paziente.

1. Deficit nella ricettività e nell'apertura

a) È ipervigilante agli stimoli percepiti come minacciosi, critici, discrepanti, disorganizzati o mancanti di simmetria

1. È più attento al potenziale di danno che al potenziale di ricompensa quando è in situazioni nuove o sconosciute; è poco incline a considerare l'incertezza o l'ambiguità come piacevole, stimolante o potenzialmente

redditizia. Ad esempio, eviterà di assumersi rischi non pianificati (cioè rischi per i quali non ha avuto il tempo di prepararsi) e/o detesta essere analizzato o posto sotto i riflettori (perché potrebbe essere oggetto di critica), nonostante il desiderio di apprezzamento o riconoscimento per i risultati ottenuti.

2. Tende a evitare situazioni nuove, incerte o insolite a cui non è stato in grado di prepararsi, soprattutto se può evitarle senza dare nell'occhio. Tende a preferire situazioni in cui le regole o i ruoli prescritti sono preordinati (ad esempio, preferirà un incontro di lavoro a un picnic). Tende a punirsi ogni volta che percepisce di sbagliare, di non essere all'altezza dei suoi valori o di non comportarsi correttamente.

VALUTAZIONE DEL PROTOTIPO PER QUESTA CARATTERISTICA DELL'IPERCONTROLLO

Apporre una spunta nella casella più pertinente e registrare il punteggio totale nel riquadro sottostante.

- scarsa o nessuna corrispondenza (la descrizione non combacia)
punteggio = 0
- qualche corrispondenza (combaciano alcune caratteristiche)
punteggio = 1
- corrispondenza moderata (presenta caratteristiche significative)
punteggio = 2
- buona corrispondenza (presenta la maggior parte delle caratteristiche)
punteggio = 3
- corrispondenza molto buona (esemplifica le caratteristiche)
punteggio = 4

Punteggio per questa caratteristica =

b) Tende a rigettare i feedback critici o le nuove informazioni

1. Di fronte a un feedback con il quale non è d'accordo, tende a rifiutarlo automaticamente (anche se spesso in maniera silente), a minimizzarlo o a evitarlo e/o a fingere di essere d'accordo con esso per evitare ulteriori critiche. Ad esempio, può rispondere al feedback ruminando su una contromossa, cercando prove disconfermanti, rifiutando di ascoltare, contrattaccando, cambiando l'argomento, comportandosi come se fosse annoiato e/o con una reazione di arresto.