

IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO DELLE CAPACITÀ DI REGOLAZIONE EMOTIVA IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI CON BPD IN TRATTAMENTO DBT: UNO STUDIO PRELIMINARE

**IL TRATTAMENTO DIALETTICO-COMPORTAMENTALE (DBT):
STUDI PRELIMINARI DI ESITO**

N. Gaj, E. Roder, & M. Cavarra - Ospedale San Raffaele, Milano
Congresso nazionale SITCC, Reggio Calabria 3-5 ottobre 2013

Introduzione

2

- I principali trattamenti esistenti per il disturbo borderline considerano la disregolazione emotiva e le sue conseguenze comportamentali come il target principale rispetto al quale impostare l'intervento clinico.
- La teoria biosociale alla base della Dialectical Behavior Therapy (DBT) condivide la centralità della disregolazione emotiva come caratteristica patognomica del disturbo borderline e come target principale della terapia.

Target del trattamento DBT:

0. Orientamento alla terapia

1. Diminuire comportamenti suicidari/che interferiscono con la tr./che interferiscono con la QdV/incrementare le abilità

2. Riduzione stress post-traumatico

3. Aumento rispetto di sé/raggiungimento obiettivi individuali



- Su quali aspetti specifici del funzionamento del cliente agisce il trattamento DBT?
- Quali sono le prime variabili che mostrano un cambiamento significativo del cliente rispetto all'ingresso in trattamento?



- Quali sono quelle variabili la cui modificazione (t_0-t_1) può ragionevolmente indicare che il trattamento stia avendo successo? Variabili in accordo con la gerarchia di target?

Il trattamento DBT presso l'Ospedale San Raffaele – MAC Disturbi di Personalità

5

- Componenti del trattamento:
 1. Pre-treatment (introduzione al trattamento)
 2. Terapia individuale (1 /week, 1h circa)
 3. Gruppo di skills training (1 /week, 2 ore circa)
 4. Consulto telefonico

Soggetti: profilo clinico

6

- 18 soggetti con BPD (SCID II, Version 2.0)

	Mean	SD	Min	Max
Età	33.67	10.672	16	49
Anni di scolarizzazione	13.72	5.177	1	19

		Frequency	Percent
Sesso	Uomini	3	16.7
	Donne	15	83.3
Stato civile	Celibe o nubile	14	77.8
	Coniugato	1	5.6
	Separato o divorziato	3	16.7

	Mean	SD	Min	Max
Età di comparsa delle condotte autolesive	18.92	4.591	15	0
Permanenza di condotte autolesive (anni)	7.06	8.633	27	32

Condotte autolesive dirette nella storia clinica

No: 7 soggetti (38.9% del totale)

Sì: 11 soggetti (61.1% del totale)

Procedure

8

□ Assessment:

1. **SCID II** (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, Version 2.0) (First et al., 1994)
2. **SHI** (Self-harm Inventory) (Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998)
3. **DERS** (Difficulty in Emotional Regulation Scale) (Gratz & Roemer, 2004)
4. **APEN/A** (Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative), **APEP/A** (Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Positive) (Caprara, 2001)
5. **WHOQoL** (World Health Organization Quality of Life)
6. **AQ** (Aggression Questionnaire) (Buss & Perry, 1992)

- Le variabili in esame sono state misurate all'ingresso nel trattamento DBT (t0) e a sei mesi (t1).



- Procedura: comparazione di condizioni correlate (t0-t1) (Wilcoxon signed-rank test)

Ipotesi

10

- Alcune variabili connesse con aspetti di disregolazione emotiva mostrano un significativo cambiamento nei primi sei mesi di trattamento DBT (t0-t1).

Nello specifico:

- Capacità di gestione delle emozioni negative
- Autolesività
- Senso di autoefficacia nella gestione delle emozioni (positive e negative)
- Percezione della qualità della propria vita
- Aggressività

Razionale

11

- **SHI:** le condotte autolesive sono considerate strategie disfunzionali volte a gestire emozioni negative nei soggetti con BPD (Selby et al., 2013).
- **DERS:** la difficoltà di regolazione emotiva è uno dei sintomi principali dei soggetti con BPD (Gratz et al., 2006).
- **APEN/A, APEP/A:** recenti evidenze mostrano una tendenza alla soppressione sia delle emozioni negative, sia positive nei soggetti con BPD (Belbo et al., 2013). L'efficacia percepita nella gestione delle emozioni potrebbe quindi essere una dimensione rilevante.

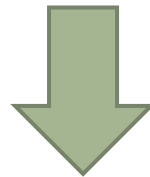
- **WHOQoL**: la qualità di vita è seriamente danneggiata in soggetti con BPD e vi sono evidenze che indicano un suo miglioramento connesso a intervento terapeutico (Ishak et al., 2013).
- **AQ**: l'aggressività rappresenta una caratteristica centrale nei soggetti con BPD (Moeller et al., 2001), correlata con un'ampia disposizione temperamentale di emozionabilità (Buss & Plomin, 1975).

DERS

(Difficulty in Emotion Regulation Scale)

13

- Si nota un significativo miglioramento di **DERS Impulse** da t0 a t1 ($Z=-3.186, p=.000$)

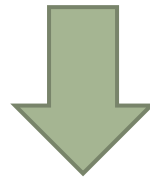


- Le difficoltà di mantenere il controllo sul proprio comportamento in presenza di emozioni negative migliorano nel tempo

SHI (Self-harm Inventory)

14

- Si nota un significativo miglioramento di SHI da t0 a t1 ($Z=-3.42$, $p=.000$)

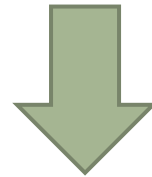


- La presenza di agiti autolesivi sembra diminuire nel corso del tempo

APEN/A e APEP/A (Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative/Positive)

15

- Si nota un significativo miglioramento di **APEN/A** da t0 a t1 ($Z=-2.36$, $p=.016$), ma non di APEP/A



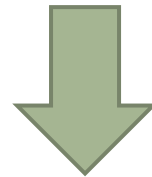
- Il senso di padronanza nel gestire le **emozioni negative** sembra migliorare nel corso del tempo

WHOQoL

(World Health Organization Quality of life)

16

- Si nota un significativo miglioramento delle dimensioni **fisica** ($Z=-2.366, p=.015$) e **psicologica** ($Z= -2.246, p=.023$)



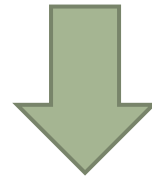
- La percezione delle proprie condizioni fisiche e psicologiche sembra migliorare nel corso del tempo

AQ

(Aggression Questionnaire)

17

- Si nota un significativo miglioramento di **AQ Ostilità** da t0 a t1 ($Z=-2.657$, $p=.007$)



- L'aspetto cognitivo dell'aggressività (risentimento, malevolenza) sembra ridursi nel corso del tempo

In sintesi

18

	BASELINE (T0)		6 MESI (T1)		Wilcoxon signed-rank test	
	Media	DS	Media	DS	Z	p
SHI Totale	10.88	4.013	7.22	4.583	-3.42	.000
DERS Impulse	24.94	5.127	19.66	6.192	-3.186	.000
AQ Ostilità	28.94	4.62	26.06	5.7	-2.657	.007
APEN/A Totale	14.44	3.958	15.72	4.07	-2.36	.016
WHOQoL Physical health	9.79	4.214	11.56	3.953	-2.366	.015
WHOQoL Psychological health	9.79	4.214	11.56	3.953	-2.246	.023

BASELINE				T1 (6 mesi)				Confr. Tempi (a)	Confr. Tempi (b)	
	N	Mean	SD	Cfr. dati normativi	N	Mean	SD	Cfr. dati norm.	Z	r _s
DERS Impulse	18	24.94	5.127	97.5° perc.	18	19.67	6.193	90° perc.	-3.186 [^]	.395
APEN/A	18	13.44	3.959	Molto basso	18	15.72	4.070	Molto basso	-2.36*	.614*
SHI Total score	18	10.89	4.013	> 5	18	7.22	4.583	> 5	-3.42 [^]	.629*
AQ Hostility	18	28.94	4.621	75° perc.	15	26.07	5.700	66° perc.	-2.657**	.791** *
WHOQoL Physical health	9	9.79	4.214	< -2 DS	17	11.56	3.953	-2 DS	-2.366*	.332
WHOQoL Psychological health	9	7.48	2.352	< -2 DS	17	9.08	3.278	-2 DS	-2.246*	.788

19

^a Confronto fra tempi: test di Wilcoxon (non parametrico, basato sulle mediane)

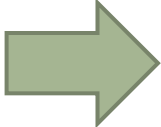
^b Correlazioni fra tempi: Rho di Spearman (indice non parametrico, relazioni monotoniche) corretto per età

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .005$; [^] $p < .001$

Modello di regressione: età di esordio delle condotte autolesive e DERS Impulse (t0)

20

- Età esordio autolesività \longrightarrow Ders Impulse
- $R = .692; R^2_{adj} = .375; F(2, 10) = 4.597, p < .05$
- PREDITTORE (Età di comparsa delle condotte autolesive): $\beta = .71, t = 2.92, p < .05$
Mantenuto costante l'effetto dell'età

 l'età di **esordio delle condotte autolesive** è un buon predittore della presenza di difficoltà nel **controllare il comportamento in presenza di emozioni negative** all'ingresso del trattamento.

In conclusione

21

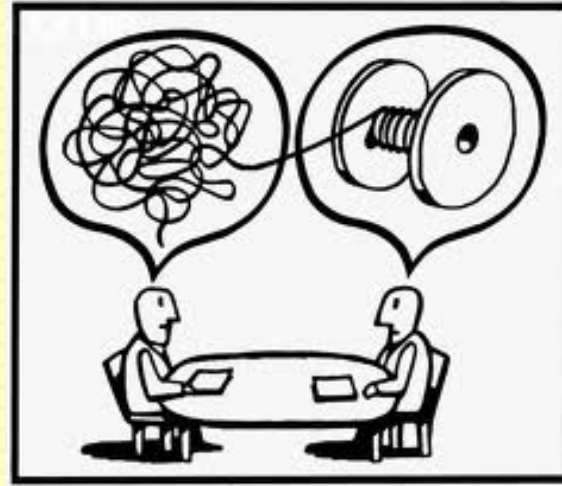
- In accordo con l'ipotesi iniziale, a t1 si registra un miglioramento delle capacità di regolazione emotiva, soprattutto nelle aree di gestione del comportamento manifesto (DERS Impulse, SHI), della percezione di padronanza sulle emozioni negative (APEN/A) e della qualità delle condizioni fisiche e psicologiche (WHOQoL physical/psychological).

➔ La gestione degli aspetti maggiormente legati a dimensioni impulsive avviene nella prima fase del trattamento, in accordo con la gerarchia di target della DBT.

- In parziale disaccordo con l'ipotesi iniziale, le componenti più manifeste dell'aggressività rimangono immutate, mentre la dimensione cognitiva registra un miglioramento (AQ Ostilità).
 - Inoltre, l'autoefficacia percepita nella gestione delle emozioni positive (APEP/A) non registra un miglioramento.
- ➡ Si può ipotizzare che la gestione delle emozioni positive possa costituire un target del trattamento nelle fasi successive, dove la qualità di vita e il raggiungimento di obiettivi personali assumono un ruolo centrale.

Breve bibliografia

- Beblo, T., Fernando, S., Kamper, P., Griepenstroh, J., Aschenbrenner, S., Pastuszek, A., Schlosser, N., Driessen, M. (2013). Increased attempts to suppress negative and positive emotions in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.036>
- Buss, A., & Perry, M. (1992) The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 3, pp. 452-459.
- Caprara, G. V. (2001). *La valutazione dell'autoefficacia*. Trento, IT: Erickson.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID I), Version 2.0. Biometrics Research Department, NY State Psychiatric Institute, NY.
- Gratz, K.L., Rosenthal, M.Z., Tull, M.T., Lejuez, C.W., Gunderson, J.G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), pp. 850–855.
- Ishak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassmassi, B., Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 21 (3), pp. 138-150.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 1783-1793
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (7), pp. 973-983.



24

Grazie per l'attenzione

nicolo.gaj@hsr.it