

Newsletter

#1 October 2024



www.edbta.eu



C'è magia in ogni inizio!!

In qualità di presidente della neonata European DBT Association (EDBTA), mi sento un po' orgoglioso e anche felice di poter scrivere: avete tra le mani la prima newsletter dell'EDBTA. La newsletter verrà pubblicata mensilmente. È originariamente scritto in inglese e dovrebbe essere tradotto in quasi tutte le lingue europee. Le nuove tecnologie e i vecchi sogni lo rendono possibile. Questa newsletter è un simbolo, o meglio, una prima realizzazione concreta delle idee dell'EDBTA: creare una piattaforma su cui la DBT possa svilupparsi e prosperare, e sulla quale chi ne è interessato possa arricchirsi a vicenda.

Sapete tutti che la Terapia Dialettica Comportamentale (DBT) si è affermata negli ultimi decenni come approccio terapeutico efficace per vari disturbi mentali, in particolare per il disturbo borderline di personalità. È scientificamente ben provato, e nella maggior parte dei paesi europei ci sono organizzazioni che promuovono la diffusione della DBT. Tuttavia, questi processi sono piuttosto diversi. Ci sono paesi con oltre mille terapisti DBT formati e certificati, compresi sistemi di formazione ben consolidati, e ci sono paesi in cui alcune persone dedicate stanno lavorando per diffondere le prime idee di DBT. I primi potrebbero trarre vantaggio dall'espansione dei loro contatti e delle loro conoscenze in tutta Europa, dai diversi sistemi sanitari e dai vari aspetti culturali. Questi ultimi dovrebbero beneficiare dell'esperienza e dei materiali dei paesi altamente sviluppati della DBT. A tal fine, una piattaforma per lo scambio di conoscenze, ricerche e migliori pratiche potrebbe essere una forza trainante. L'Associazione Europea DBT (EDBTA) è stata creata proprio per questo motivo.

L'EDBTA persegue diversi obiettivi fondamentali:

Networking: *creando una rete europea, l'EDBTA mira a promuovere lo scambio interdisciplinare tra professionisti, ricercatori e professionisti in Europa. Ciò dovrebbe contribuire a sviluppare ulteriormente i metodi di trattamento e a condividere le esperienze.*

Promuovere linee guida per la formazione: *l'EDBTA si impegna a creare linee guida per programmi di formazione di alta qualità per terapisti e professionisti per garantire che la DBT sia applicata secondo i più recenti standard scientifici.*

Ricerca e sviluppo: *l'EDBTA prevede di sostenere progetti di ricerca che affrontano l'efficacia e l'adattabilità della DBT in diversi contesti culturali e sociali.*

Pubbliche relazioni: *un altro obiettivo dell'EDBTA è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica sulla malattia mentale e sull'importanza della terapia basata sull'evidenza come la DBT. Questo dovrebbe aiutare a ridurre lo stigma e promuovere l'accettazione della salute mentale.*

La fondazione ufficiale dell'EDBTA è avvenuta online il 16 ottobre 2023. In occasione di questo evento, professionisti provenienti da vari paesi europei si sono riuniti per discutere la visione e la missione

Newsletter

#1 October 2024



www.edbta.eu

della nuova organizzazione. Inoltre, è stato redatto uno statuto che pone le basi per l'appartenenza e le strutture organizzative. We decided that no individuals, but only national DBT associations can become members, and that the representatives of these associations form the decisive body: the general meeting of members.

L'Assemblea Generale dei Soci elegge un consiglio di 5-7 membri, tra cui il presidente, il segretario e il tesoriere. Il consiglio si dimetterà dopo tre anni. Questi sono i normali requisiti per l'atto costitutivo.

L'EDBTA è registrata in Germania come organizzazione europea senza scopo di lucro. Ma queste sono solo formalità. Come ogni organizzazione, l'EDBA dipende dall'impegno dei suoi membri, le associazioni nazionali. Sono loro che fanno il lavoro di cui tutti noi beneficiamo. L'EDBTA è un'organizzazione ombrello che mira a fornire il massimo sostegno e il minor controllo possibile. Questo dovrebbe riflettersi anche nelle newsletter. Qui dominano le organizzazioni nazionali. Ogni volta, due paesi si presenteranno e riferiranno sui loro sviluppi molto specifici in DBT. Perché iniziamo con la Polonia? Non solo perché Magdalena Szuka è polacca ed è la più meravigliosa segretaria della DBT al mondo, ma anche perché l'Associazione polacca della DBT ha accettato di organizzare il primo Congresso Europeo della DBT a Danzica. Questo può essere fatto in modo abbastanza casuale consegnando l'organizzazione a un ufficio congressi. Paghi un prezzo alto per questo, e i partecipanti se ne fanno carico. Ma se vogliamo rendere il Congresso DBT attraente per i partecipanti provenienti dai paesi a basso reddito, dobbiamo mantenere bassi i prezzi e organizzarci il più possibile. Ed è quello che i polacchi hanno deciso di fare, e per questo meritano un posto d'onore nella newsletter. Il secondo paese a presentarsi è l'Ucraina. Puoi immaginare perché. Sappiamo tutti che il paese sta combattendo una terribile guerra difensiva da oltre due anni e che ha bisogno di tutto il sostegno che possiamo dargli. E il fatto che la DBT sia stata costruita e sviluppata in tutte queste circostanze è più che notevole.

La DBT si basa su principi e regole chiare, ma non è mai statica. Piuttosto, è soggetto a un processo di cambiamento delicato ma crescente. Per fare questo, è sicuramente utile essere continuamente aggiornati sui più importanti risultati della ricerca nel campo della DBT, del disturbo borderline e dei disturbi associati. Ecco perché abbiamo inventato la sezione "Research Digest". Qui troverete ampi abstract delle pubblicazioni più interessanti che riguardano il nostro lavoro. Ma alla fine, si tratta sempre di offrire ai nostri clienti la migliore pratica clinica possibile. Nella sezione "Practitioners Corner", la pratica clinica non è messa all'angolo ma è al centro della discussione.

European Dialectical Behaviour Therapy Association

Newsletter

#1 October 2024



www.edbta.eu

Un grande ringraziamento ai nostri due autori, Romija Krezina e Jan Hilbig, per il loro grande lavoro. Apprezzeranno sicuramente ogni singola risposta e contributo. A tal proposito, a nome di tutti i membri del consiglio direttivo dell'EDBTA, desideriamo lanciare questa newsletter e augurarle una lunga vita.

Prof. Martin Bohus, MD
President EDBTA





More information coming soon...

1st European DBT Congress

8-9-10 May 2025
Gdansk, Poland

www.edbta.eu

SAVE THE DATE !

L'Associazione Europea DBT (EDBTA) è lieta di annunciare che il Congresso Europeo DBT inaugurale si terrà dall'8 al 10 maggio 2025 nella bellissima città di Danzica, in Polonia. L'Associazione polacca per la DBT (PTDBT) sarà il nostro stimato co-ospite. Rivolgiamo un caloroso invito a tutti i membri della comunità DBT provenienti dall'Europa e oltre, sia colleghi esperti che nuovi arrivati, a unirsi a noi per un programma scientifico veramente internazionale, ricco di seminari, workshop e scambio di idee, abbinato all'ospitalità polacca e a un grande networking. Il congresso si svolgerà in un formato ibrido, con tutte le lezioni plenarie e una selezione di sessioni parallele rese disponibili online. Al congresso parteciperanno i maggiori esperti del settore, tra cui Julieta Azavedo (Portogallo), Martin Bohus (Germania), Ausias Cebolla (Spagna), Alan Fruzzetti (USA), Lars Mehlum (Norvegia), Magdalena Skuza (Polonia) e Michaela Swales (Regno Unito). Il programma inizierà con un workshop pre-congressuale e cerimonie di apertura l'8 maggio, seguito da conferenze plenarie e networking presso "The Grand Bazar", e si concluderà con un ricevimento di benvenuto. Il 9 maggio, la conferenza offrirà sessioni plenarie, seminari paralleli e una festa di networking con musica dal vivo. La giornata conclusiva, il 10 maggio, prevede ulteriori sessioni parallele e interventi conclusivi, che culmineranno in un workshop post-congresso. I workshop chiave includono DBT per bambini e famiglie, uso di sostanze, disturbi dello spettro autistico, assistenza perinatale, DBT incentrata sul trauma, assistenza forense e DBT Tango! La conferenza offre una piattaforma completa per discutere gli ultimi progressi nella DBT e le loro diverse applicazioni.

[More information on the congress can be found here.](http://www.edbta.eu)

COUNTRY INTRODUCTIONS



edbta.eu

Polonia

Durante l'ESSPD Borderline Congress tenutosi a Vienna nel settembre 2016, molti rappresentanti delle comunità DBT dei paesi europei si sono incontrati per discutere la formazione di una società per la DBT in Europa. Due entusiasti terapisti polacchi sono stati invitati all'incontro e sono rimasti senza parole nel vedere così tanti esperti di DBT di fama mondiale in una stanza. Mentre ascoltavano il Prof. Martin Bohus presentare i piani delle aspiranti associazioni europee di DBT e il modello per lo sviluppo della rete DBT in tutta Europa, con lo schema di formazione, supervisione e implementazione, sono stati catturati dall'idea. C'erano solo due di loro polacchi al Congresso, ma erano fortemente motivati a formare l'associazione nazionale il prima possibile per poter entrare a far parte della società europea DBT, che credevano fosse in quel momento in fase di formazione. Dopo essere tornati a casa hanno formato il gruppo iniziale di membri e in 3 mesi l'Associazione polacca per la DBT è stata ufficialmente registrata presso il tribunale, nel dicembre 2016 a Danzica. Negli anni successivi l'Associazione polacca per la DBT crebbe fino a raggiungere più di 200 membri a pieno titolo e molti affiliati, organizzò diverse conferenze, seminari e corsi di formazione e contribuì a promuovere la DBT in varie istituzioni. E 7 anni dopo, nel 2023, uno dei primissimi membri, che è rimasto stupito dalla visione di Martin Bohus e altri di una rete europea di DBT nel 2016, è diventato uno dei membri fondatori dell'attuale European DBT Association e nel 2025 la Polonia ospiterà il 1° Congresso europeo di DBT nella bellissima città di Danzica.



Come è organizzata la formazione?

Dal 2020 organizziamo ogni anno un corso di formazione intensive training completo DBT con il Prof. Alan Fuzzetti e il team di formazione locale. Questa formazione annuale consiste in 12 giorni di formazione in 4 parti. La formazione si svolge in un formato di team, se i partecipanti vengono alla formazione da soli, li organizzeremo in team. Tra una sessione di formazione e l'altra, i partecipanti lavorano in team con il loro incontro di consultazione settimanale e il mentore locale supervisiona il loro lavoro su base mensile. Per concludere la formazione, i partecipanti devono completare i loro compiti individuali (compresa la formulazione del caso) e i loro compiti di gruppo.

Chi è il responsabile?

Magdalena Skuza

President of the Board

Anna Englert-Bator

Vice-President

COUNTRY INTRODUCTIONS



Polonia

Consigli per gli altri

Come ha detto Marsha Linehan, non rinunciare mai ai tuoi obiettivi. La cosa più importante nello sviluppo della DBT nel tuo paese è lavorare insieme come una squadra e incoraggiare più persone a partecipare. Vale la pena fare rete con colleghi dall'estero che possono sostenerci, soprattutto nelle fasi iniziali. E questo sarà più facile se si ricorda che si può sempre contare sul fatto che i terapeuti DBT seguiranno gli stessi principi e le stesse abilità che insegnano ai loro pazienti: essere convalidanti, essere saggi e fare ciò che funziona. E divertiti a farlo!

Sfide attuali

- Il nostro sistema pubblico di salute mentale non promuove terapie basate sull'evidenza (e terapeuti) rispetto ad altri trattamenti, quindi non ci sono incentivi per le agenzie a impegnarsi nell'attuazione di programmi come la DBT a livello regionale o nazionale.
- I nostri corsi di formazione hanno prodotto un numero significativo di terapeuti DBT, ma abbiamo ancora pochissimi programmi di trattamento DBT coerenti a livello nazionale.

Programmi di terapia locale attiva

- La maggior parte dei programmi di DBT deve essere istituita in uno studio privato (in cliniche private di salute mentale o da un gruppo di studi privati). Ciò è dovuto ai limiti del nostro sistema pubblico di salute mentale. Abbiamo programmi ambulatoriali completi di DBT sia per adulti che per adolescenti, ma sono disponibili a livello locale, non a livello nazionale.
- All'interno del settore pubblico, ci sono 3 istituzioni ben note che offrono programmi completi di DBT: un ospedale pubblico a Varsavia che offre un programma completo di DBT per adulti, una clinica pubblica a Cracovia che offre il programma di trattamento quotidiano DBT per adolescenti e un programma per un centro di trattamento dell'uso di sostanze e delle dipendenze a Nowy Dworek. Ci sono altre istituzioni pubbliche che stanno lentamente iniziando a offrire elementi di DBT, per lo più gruppi di competenze al di fuori di un programma completo. Tuttavia, questo sviluppo è dovuto alla motivazione e alla perseveranza dei singoli terapeuti piuttosto che al cambiamento sistemico.
- Vorremmo fare un po' di luce sul programma Family Connections, un intervento psicoeducativo familiare gratuito di 12 settimane sviluppato sulla base della DBT. Family Connections è cresciuto in Polonia come intervento indipendente dal programma DBT (sebbene condivida gli stessi principi e competenze). La nostra associazione sviluppa il programma FC in stretta collaborazione con l'Alleanza Nazionale per la BPD, USA, e la sua crescita in Polonia è possibile grazie all'impegno e al duro lavoro dei volontari che insegnano e coordinano il programma. Family Connections è offerto su tutto il territorio nazionale sia in istituzioni private che pubbliche.



Progetti per il futuro

I nostri piani immediati sono di implementare un sistema di formazione, certificazione e supervisione dei team DBT secondo gli standard EDBTA. Vogliamo anche supportare i singoli terapeuti nella formazione di team DBT e nell'esecuzione di programmi DBT sostenibili.

Svilupperemo inoltre continuamente il programma Family Connections, senza il quale non possiamo immaginare la DBT in Polonia. Abbiamo anche in programma di sviluppare programmi specializzati di DBT per bambini, adolescenti e famiglie, nonché una terapia DBT incentrata sul trauma. A tal fine, stiamo invitando esperti a formarsi nel nostro Paese e poi monitoreremo i programmi che speriamo possano emergere. Vorremmo anche avviare la ricerca sulla DBT nel nostro paese e siamo aperti alla cooperazione con altri in questo campo.

COUNTRY INTRODUCTIONS



edbta.eu

www.edbta.eu

P·T·D·B·T

POLSKIE TOWARZYSTWO TERAPII
DIALEKTYCZNO BEHAWIORALNEJ

COUNTRY INTRODUCTIONS

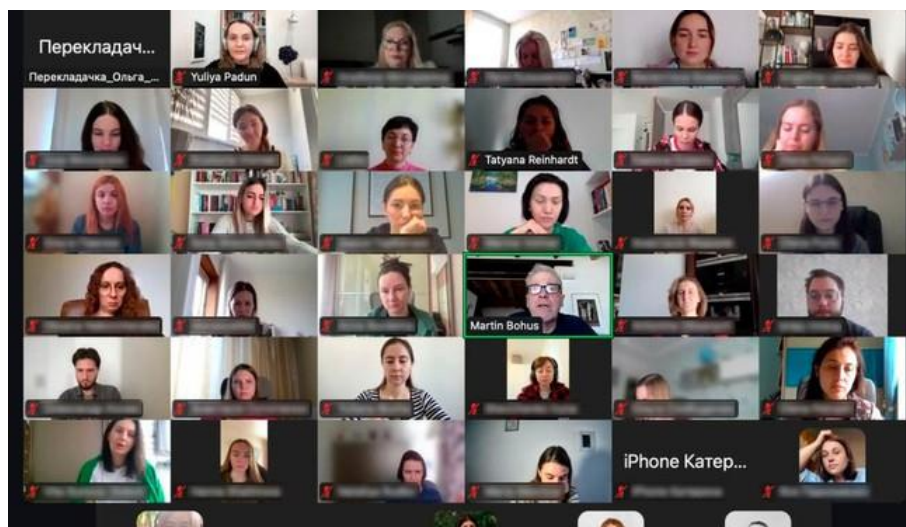


edbta.eu



Ucraina

Un evento significativo che ha segnato l'inizio dello sviluppo della DBT in Ucraina è stata la conferenza del 2016 con Martin Bohus che ha presentato la DBT agli ucraini. Il primo programma (formazione classica per specialisti) si è tenuto a Odessa, la formatrice principale è stata l'ucraina Tetyana Reinhardt, che vive in Germania e lavora nel team del prof. Martin. Da allora, l'istituto tedesco AWP Freiburg e il nostro DBT Center Ukraine in collaborazione congiunta conducono ogni anno un corso di formazione di un anno per nuovi terapisti in Ucraina. Nel 2019 sono stati accreditati i primi due terapisti ucraini. Ora stanno studiando ulteriormente per diventare formatori DBT, partecipando alla formazione come co-formatori. Speriamo che ci siano formatori e supervisori accreditati di lingua ucraina in Ucraina, poiché l'insegnamento attraverso la traduzione comporta difficoltà e oneri finanziari aggiuntivi. Nonostante tutte le difficoltà della guerra, la DBT sta fiorendo in Ucraina. Siamo grati a Martin Bohus e Tetyana Reinhardt per la loro cooperazione di lunga data e per il loro inestimabile contributo allo sviluppo della DBT in Ucraina.



Quali sono i tuoi progetti per il futuro?

L'associazione ucraina prevede di tenere una conferenza e di invitare relatori membri dell'Associazione europea. Ci piacerebbe molto vedere un ulteriore sviluppo della DBT in Ucraina: avere formatori e supervisori di lingua ucraina, in modo che la DBT possa svilupparsi più velocemente in Ucraina, soprattutto considerando l'urgente bisogno di specialisti durante e dopo la guerra.



Yuliya Padun
President of UADBT

Chi è il responsabile?

Yuliia Dzhezhelii
Vice-president of UADBT



COUNTRY INTRODUCTIONS



edbta.eu



Ucraina

Sfide attuali

- Attualmente non ci sono formatori e supervisori di lingua ucraina in grado di condurre formazione e supervisione in ucraino, il che ostacola lo sviluppo della DBT in Ucraina.
- Non c'è assicurazione, le persone pagano la loro terapia da sole.
- C'è una guerra in corso, quindi non addebitiamo quote associative.

Come è organizzata la formazione?

Ogni anno si svolgono corsi di formazione di base per specialisti. I corsi di formazione sono condotti da Tetyana Reinhardt dell'AWP Freiburg Institute (in qualità di formatore principale) in russo o tedesco con traduzione simultanea in ucraino, Yuliia Padun e Yuliia Dzhezhelii (in qualità di co-formatori) in ucraino. La formazione è organizzata dal DBT Center Ukraine, fondato da Yuliia Dzhezhelii e Yuliia Padun.



Programmi di terapia locale attiva

- Formazione sulle competenze DBT. In linea. 5 gruppi ogni sei mesi. Le persone finanziano la formazione da sole.
- Terapia individuale. Di persona, online. Le persone finanziano la terapia da sole.
- Riunioni dell'équipe dei terapisti.
- Corsi di formazione DBT e DBT PTSD per psicologi. In linea. Condotta da Tetyana Reinhardt (come trainer principale), Yuliia Padun e Yuliia Dzhezhelii (come co-trainer). Gli psicologi finanziano la formazione da soli.
- Corsi di formazione per psicologi nel metodo DBT-C (DBT per bambini), DBT basics, DBT training per genitori. In linea. Condotta da Francheska Perepletchikova (come trainer principale), Yuliia Padun e Yuliia Dzhezhelii (come co-trainer). Gli psicologi non pagano per la formazione. Francheska Perepletchikova offre ai partecipanti ucraini l'opportunità di partecipare gratuitamente.



RESEARCH DIGEST



The lived experience of French parents concerning the diagnosis of their children with borderline personality disorder

Léa Villet, Abtine Madjlessi, Anne Revah-Levy, Mario Speranza, Nadia Younes, and Jordan Sibéoni. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2024 Jul 11(1): 13. Doi: 10.1186/s40479-024-00258-z

Questo studio

Questo studio qualitativo, condotto in Francia attraverso l'associazione Family Connections di Versailles, ha indagato le esperienze di 21 genitori i cui figli sono stati diagnosticati con disturbo borderline di personalità (BPD) all'età di 14 anni - 25 anni. I partecipanti sono stati reclutati tra coloro che avevano completato il programma Family Connections, un intervento psicoeducativo per le famiglie di individui con BPD. Le interviste semi-strutturate sono state condotte utilizzando il metodo IPSE

(processo induttivo per analizzare la struttura dell'esperienza vissuta) per esplorare le esperienze vissute di questi genitori. Secondo gli autori, nessuno studio qualitativo precedente si era concentrato specificamente su questa popolazione nel contesto della diagnosi di BPD. Lo studio mirava a comprendere le sfide che i genitori devono affrontare nel ricevere la diagnosi, le loro reazioni ad essa e il supporto necessario per loro.

Risultati principali

- I genitori hanno segnalato ritardi e sfide significativi nell'ottenere una diagnosi di BPD per i loro figli, durante i quali sono state ottenute diverse altre diagnosi, come depressione, disturbo bipolare, disturbi alimentari e disturbo da abuso di sostanze. Spesso le informazioni ricevute erano contrastanti o insufficienti. I genitori affermano che gli psichiatri: "parlavano vagamente di un disturbo borderline, poi sono tornati al bipolarismo" e "nell'arco di quattro anni, non riesco a ricordare una sola volta in cui una diagnosi sia stata anche solo considerata come un'ipotesi".
- I genitori hanno descritto una serie di esperienze quando hanno ricevuto la diagnosi, spesso informali e prive di dettagli. Molti si sono sentiti sollevati nell'aver finalmente un nome per le condizioni del loro bambino: "Ero grata a questo professionista per avermi detto... Questa persona ci ha salvato in un certo senso dando parole a un disturbo, perché finalmente qualcuno mi ha detto cosa aveva mia figlia", anche se ha anche sperimentato l'ansia per le implicazioni: "Non ci sono molti terapisti, e non ci sono farmaci... Il borderline non è la strada più facile".
- Dopo la diagnosi, i genitori hanno spesso dovuto affrontare un supporto inadeguato e continue sfide di comunicazione con i servizi sanitari. Hanno anche segnalato preoccupazioni per lo stigma, sia a livello sociale che all'interno del sistema sanitario, che spesso rifiutava le cure per la diagnosi.

Lo studio sottolinea la necessità di una comunicazione chiara, precoce e dettagliata quando si diagnostica la BPD nei bambini. I risultati suggeriscono che gli operatori sanitari dovrebbero coinvolgere i genitori nelle prime fasi del processo diagnostico, informandoli sulle ipotesi e sui diversi percorsi diagnostici. È necessario fornire un supporto completo durante il trattamento del bambino, prendendosi del tempo per spiegare il disturbo, le preoccupazioni e il tempo necessario per guidare i genitori attraverso di esso. Gli operatori sanitari dovrebbero dare priorità a una comunicazione trasparente e al coinvolgimento precoce dei genitori nel processo diagnostico della BPD.



RESEARCH DIGEST



The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Compared to Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial

Nele Assmann, Anja Schaich, Arnoud Arntz, Till Wagner, Philipp Herzog, Daniel Alvarez-Fischer, Valerija Sipos, Kamila Jauch-Chara, Jan Philipp Klein, Michael Hüppe, Ulrich Schweiger, Eva Fassbinder

Psychother Psychosom. 2024 Aug; 93(4): 249-263. doi: 10.1159/000538404

Questo studio

Questo studio clinico randomizzato condotto presso un centro di trattamento specializzato associato all'Università di Lubecca in Germania ha confrontato i risultati del trattamento di 164 individui con disturbo borderline di personalità (BPD) in due gruppi di trattamento.

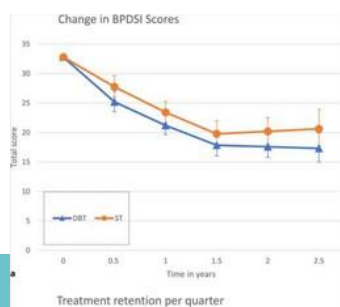
Un gruppo ha ricevuto DBT e l'altro schema therapy (ST). Ad entrambi i gruppi sono stati somministrati 60 minuti di terapia individuale e 120 minuti di terapia di gruppo ogni settimana per un periodo di 18 mesi. Secondo gli autori, fino ad oggi non era stato condotto alcuno studio randomizzato che confrontasse queste modalità di trattamento in un campione di queste dimensioni o più grande. I partecipanti allo studio erano gravemente malati con una media di 32,80 per il punteggio BPDSI, un numero medio di 7,26 criteri BPD (SCID-II), 3,99 diagnosi di SCID-I in comorbidità e una media di 1,35 diagnosi di SCID-II in comorbidità. Le comorbidità più frequenti includevano disturbi d'ansia, depressione, disturbi di personalità evitanti, ossessivo-compulsivi, istrionici e narcisistici. Pianificando lo studio, gli autori hanno ipotizzato che la ST potrebbe rivelarsi superiore alla DBT in termini di miglioramento della qualità della vita e riduzione della gravità generale dei sintomi e della sintomatologia depressiva, mentre la DBT potrebbe avere effetti positivi più ampi sulla suicidalità, l'autolesionismo e la dissociazione.

Risultati principali

- C'è stata una significativa riduzione della gravità della BPD a 1 anno di follow-up espressa dal punteggio totale BPDSI-IV con grandi dimensioni dell'effetto sia nel sottogruppo DBT che in quello ST.
- Le dimensioni dell'effetto pre-follow-up all'interno del gruppo erano grandi per la lista di controllo BPD, l'inventario rapido dei sintomi depressivi, la scala di adattamento lavorativo e sociale e il WHODAS e da piccole a grandi per la scala dei sintomi dissociativi e le sottoscale della qualità della vita dell'OMS.
- I tassi di abbandono sono stati altrettanto bassi in entrambi i bracci di trattamento.
- Non sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda gli effetti del trattamento rispetto alla DBT e alla ST, tuttavia sarebbe necessario un ulteriore studio di non inferiorità per dimostrare che la ST è efficace quanto la DBT.

Implicazioni per i professionisti della DBT

- La DBT e la ST sono entrambe adatte ed efficaci anche per gli individui gravemente colpiti in termini di BPD.



Note: Although study demonstrates a differential effect size of 0.68 in favour of DBT, certain aspects of author's choice in statistical methodology may have influenced significance of the findings.

Effect sizes:

DBT: $d = 2.45$

ST: $d = 1.78$

Differential effect size: 0.68



RESEARCH DIGEST



edbta.eu

See pictures on the left for comparison.

RESEARCH DIGEST



Gender- and Sexuality- Minoritised Adolescents in DBT: A Reflexive Thematic Analysis of Minority-Specific Treatment Targets and Experience.

Jake Camp, Andre Morris, Helen Wilde, Patrick Smith, K A Rimes.

The Cognitive Behaviour Therapist. 2023;16:e36. doi:10.1017/S1754470X23000326

Questo studio:

Questo studio qualitativo esplora le esperienze degli adolescenti appartenenti a minoranze di genere e sessualità (GSM) in un programma standard di terapia dialettica comportamentale (DBT). Lo studio ha incluso 14 partecipanti e mirava a identificare le esigenze e le sfide specifiche di trattamento correlate al GSM che questi adolescenti devono affrontare durante la DBT. Attraverso l'analisi tematica riflessiva, i ricercatori hanno scoperto tre temi chiave: identità, impatto degli altri, e l'importanza di creare spazio per il genere e l'identità sessuale all'interno della terapia. I risultati sono organizzati in base ai temi chiave e includono raccomandazioni per le competenze e le strategie DBT che affrontano le difficoltà in queste aree, come proposto dai partecipanti allo studio. Nel complesso, ciò evidenzia la necessità di un supporto specifico per GSM nella DBT, con i partecipanti che suggeriscono modi per adattare le pratiche terapeutiche per soddisfare meglio le esigenze degli adolescenti GSM.

Risultati chiave :

- **Identità.** Molti partecipanti hanno riportato un notevole disagio e confusione riguardo alle loro identità sessuali e di genere, in particolare per quanto riguarda l'identità di genere. Questa confusione ha contribuito a problemi di salute mentale come l'autolesionismo e i disturbi alimentari. Lo stigma interiorizzato, tra cui l'omofobia e l'invalidazione di genere, ha ulteriormente complicato la loro accettazione della loro identità. I partecipanti hanno suggerito che la DBT dovrebbe affrontare meglio questi problemi per migliorare l'autoconsapevolezza, l'accettazione di sé e l'espressione di sé, che sono fondamentali per migliorare la loro salute mentale. Le strategie di trattamento DBT per l'identità e l'accettazione di sé sono accessibili qui (link).
- **Impatto degli altri.** I partecipanti hanno sperimentato una serie di cis-eterosessismo, dalle microaggressioni alla discriminazione palese, che spesso colpiscono la loro salute mentale. Il misgendering, le supposizioni sulla sessualità e la stigmatizzazione (ad esempio, gli stereotipi sulla bisessualità) erano esperienze comuni. Questi hanno contribuito a sentimenti di invalidazione e isolamento sociale. Al contrario, quando i partecipanti hanno incontrato accettazione e comprensione, soprattutto all'interno dei loro gruppi DBT, ciò ha avuto un impatto positivo sul loro benessere. Molti hanno sottolineato la necessità che i terapeuti siano più proattivi nell'affrontare e convalidare le difficoltà legate al GSM di fronte ai pregiudizi della società. Diversi partecipanti hanno sottolineato l'importanza di connettersi con altre persone GSM per il supporto e la convalida. Far parte di una comunità ha contribuito a normalizzare le loro esperienze e ha offerto sollievo dal rifiuto della società. Il supporto tra pari all'interno del gruppo di competenze DBT è stato notato come benefico e alcuni partecipanti hanno espresso il desiderio di vedere una maggiore rappresentanza GSM tra i terapeuti DBT. Le strategie di trattamento DBT sono accessibili qui (link).
- **L'importanza di creare spazio per il genere e l'identità sessuale all'interno della terapia.** Molti partecipanti hanno scoperto che la gerarchia del trattamento DBT, che dà priorità ai comportamenti pericolosi per la vita, lasciava poco spazio per discutere le loro identità sessuali e di genere, anche se queste erano fattori chiave per il loro disagio. Sebbene le competenze DBT fossero generalmente utili, ritenevano che non ci fosse sufficiente attenzione alle lotte legate all'identità. I partecipanti hanno raccomandato di integrare esplicitamente i contenuti relativi al GSM nella terapia e di garantire che i terapeuti siano formati per affrontare questi problemi in modo efficace. Nel complesso, i partecipanti hanno ritenuto che la DBT fornisca uno spazio sicuro per esplorare le loro identità rispetto ad altre contesti terapeutici. Tuttavia, hanno anche sottolineato l'importanza di garantire che questa sicurezza sia

The Cognitive Behaviour Therapist, vol. 16, e36, page 1 of 27

ORIGINAL RESEARCH

EBDP

Gender- and sexuality-minoritised adolescents in DBT: a reflexive thematic analysis of minority-specific treatment targets and experience

J. Camp¹, A. Morris¹, H. Wilde¹, P. Smith¹ and K. A. Rimes²

¹Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK and ²National & Specialist CAMHS, DBT Service, South London & Maudsley NHS Foundation Trust, Maudsley Centre for Mental Health, London, UK

Corresponding author: J. Camp. Email: jake.camp@kcl.ac.uk

(Received 3 May 2023; revised 11 October 2023; accepted 12 November 2023)

Abstract

Gender- and sexuality-minoritised (GSM) adolescents are at increased risk of self-harm and suicidal behaviours compared with their cisgender and heterosexual peers. This increased risk is thought to be explained in part by exposure to stigma and social rejection. Dialectical behaviour therapy (DBT) is an evidence-based intervention for self-harm and suicidal behaviour that may have advantages for supporting GSM young people in distress. No study has yet sought to understand what GSM-associated difficulties may be important to consider in DBT for adolescents, or the experiences of GSM young people in a standard DBT programme. Therefore, this study aimed to understand the experiences of GSM young people in DBT and what difficulties and dilemmas associated with their gender and sexuality diversity were thought by them to be important to target in DBT. Qualitative interviews were conducted with 14 GSM young people in a comprehensive DBT programme and were analysed using reflexive thematic analysis. The analysis was supported by two further GSM young people who had finished DBT. The findings were split into three overarching themes: Identity, Impact of Others, and Space for Sexual and Gender Identity in DBT, each with themes within. The Identity-based themes included 'Identity confusion and acceptance', the relationship-based themes included 'On Interpersonal' and 'Community connection', and the space within DBT themes included 'Targeting focus and targeting in DBT' and 'Creating safety in DBT'. Findings are discussed in relation to implications and recommendations for therapists working with GSM young people within and outside of DBT.

Key learning aims

- (1) To learn about what gender- and sexuality-minoritised (GSM) young people consider to be important GSM-associated contributions to distress and their potential treatment targets in DBT.
- (2) To learn about what GSM young people felt were barriers to negotiating GSM-associated difficulties as a focus in DBT and how safety was created in the therapeutic relationship.
- (3) To consider potential implications and recommendations for improvements to practice when supporting GSM young people in therapy.

Keywords: Adolescents; Dialectical behaviour therapy (DBT); Non-binary; Self-harm; Sexual minority; Trauma

© The Author(s), 2023. Published by Cambridge University Press on behalf of British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapists. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution and reproduction, provided the original article is properly cited.

RESEARCH DIGEST



edbta.eu

mantenuta attraverso pratiche rispettose, come l'uso coerente di pronomi corretti e la risoluzione delle preoccupazioni sulla riservatezza. Alcuni partecipanti si sono preoccupati di essere smascherati o giudicati male, suggerendo che i terapeuti chiariscano i confini della riservatezza e controllino regolarmente l'evoluzione delle identità dei giovani GSM.

Lo studio presenta anche una serie di raccomandazioni complete per la pratica clinica quando si lavora con pazienti adolescenti con diagnosi di GSM. Sono informati dai partecipanti allo studio e da ricerche precedenti su questi argomenti (Camp, 2023; Cohen et al., 2021; Skerven et al., 2019; Sloan et al., 2017; Tilley et al., 2022). L'articolo formula le seguenti raccomandazioni, che sono presentate qui in citazione diretta:

"Considerazioni generali:

- Considerare il potenziale di patologizzazione dei comportamenti normativi, in particolare con la diagnosi di BPD;
- Aumentare l'uso di strategie di validazione e la fine dell'accettazione della dialettica;
- Accettare che l'identità sessuale e di genere può cambiare nel tempo;
- Impegnarsi a lavorare sulla propria identità, sui pregiudizi e sui punti ciechi;
- Informarsi sulle questioni relative al GSM;
- Non fare troppo affidamento sulle persone GSM per istruirti;
- Includere lo stress minoritario e le identità GSM nel modello biosociale e nella formulazione delle difficoltà;
- Considerare il ruolo e l'impatto dell'invalidazione traumatica;
- Considerare la sicurezza con il cliente quando si invita al cambiamento in ambienti cis-eterosessisti.

Creare sicurezza nella DBT:

- Essere apertamente accettanti, solidali, aperti e non giudicanti riguardo alle identità GSM;
- Modella e auto-divulga la diversità;
- Rendere chiari i parametri di riservatezza riguardanti l'identità sessuale/di genere;

NIHR National Institute for Health Research | **KINGS COLLEGE LONDON** | **NHS** South London and Maudsley

Gender- and Sexuality-Diverse Adolescents in DBT

A Reflexive Thematic Analysis of Minority-Specific Treatment Targets and Experience
Dr Jake Camp¹, Dr Andre Morris², Helen Wilde², Prof Patrick Smith², & Prof Katharine Rimes²

Background & Context

LGBTQ+ adolescents:

- Experience **minority stress** on top of everyday stress.
- Are **2 to 6 times more likely to self-harm and attempt suicide** than cisgender-heterosexual peers.

Dialectical Behaviour Therapy (DBT) has useful principles to support LGBTQ+ adolescents, but few studies have explored the experiences of LGBTQ+ youth in non-adapted DBT.

Results (Themes)

LGBTQ+ Specific Difficulties Associated with Distress and Risk Behaviours

1. **Identity**
 - a. Identify confusion and self-acceptance.
2. **The Impact of Others**
 - a. Cis-Heterosexism (e.g. erroneous presumptions, stigma, victimisation, and pathologisation via the BPD diagnosis).
 - b. Community connectedness important for improving wellbeing.

Creating Space for LGBTQ+ Themes in DBT

1. **Negotiating Focus and Targeting**
 - a. Treatment hierarchy as a barrier.
 - b. Not enough focus on LGBTQ+ dilemmas.
 - c. "Skills don't discriminate" and they don't automatically generalise to LGBTQ+ contexts either.
 - d. Need more tailored skills and resources.
 - e. Therapists need to ask about sexual and gender identity.
2. **Creating Safety**
 - a. DBT safe, accepting, and non-judgemental.
 - b. Confidentiality concerns, the risk of accidental outing, and worries that therapists will negatively judge LGBTQ+ clients decrease safety.
 - c. Getting pronouns right, modelling diversity in DBT teams, and safety signals increase safety.

Recommendations for Therapists Working with LGBTQ+ Client

- Educate yourself about LGBTQ+ related issues and use validation more than usual.
- Include minority stress in formulations (inc. the Biosocial model and traumatic invalidation).
- Ask about sexual and gender identity and invite space for related themes.
- Negotiate how LGBTQ+ related difficulties fit on the hierarchy of treatment targets or can otherwise be integrated.
- Create safety signals and model diversity in DBT teams.
- Be clear regarding confidentiality of sexual and gender identity if disclosed.
- Promote connection with similar and accepting others.
- Apply and explicitly generalise skills to LGBTQ+ contexts.
- Be careful to not pathologise normative experiences/difficulties for LGBTQ+ youth.
- Skills for identity-related theme: wise mind values, reality acceptance, self-validation.
- Skills for the impact of others theme: DEARMAN, set opposite, cope ahead.

(... vedi la pagina successiva)

RESEARCH DIGEST



edbta.eu

- *Rendere chiari i parametri di riservatezza riguardanti l'identità sessuale/di genere;*
- *Garantire ai clienti l'accesso alla terapia da un luogo sicuro dove non possono essere ascoltati;*
- *Essere chiari su dove verranno registrate/diffuse le informazioni correlate e chi ha accesso;*
- *Coinvolgere i genitori/tutori in interventi per aumentare il supporto/convalida (in consultazione con il cliente);*
- *Creare segnali di sicurezza nell'ambiente (ad es. pronomi nelle e-mail, simboli di orgoglio, ecc.);*
- *Promuovere la connessione sociale con simili e l'accettazione degli altri;*
- *Sforzati di ottenere pronomi e nomi corretti e non essere difensivo se vengono commessi errori (fare riferimento all'accordo di fallibilità e coerenza; Linehan, 1993).*

Negoziare gli obiettivi e concentrarsi sulla DBT

- *Chiedi informazioni sull'identità sessuale e di genere, sul nome e sui pronomi (trasmetterlo è facoltativo);*
- *Invitare uno spazio facoltativo per difficoltà/dilemmi legati alla sessualità e all'identità di genere;*
- *Negoziare in modo collaborativo come fare spazio se questo non si adatta al targeting tradizionale;*
- *Considerare come gli indizi, le esperienze e il contesto legati allo stress sessuale e di genere e alle minoranze possano inserirsi nella gerarchia degli obiettivi di trattamento, del monitoraggio delle schede del diario, delle formulazioni (incluso il modello biosociale transazionale) e delle analisi della catena;*
- *Applicare e generalizzare le competenze ai dilemmi rilevanti in modo esplicito;*
- *Includere la psicoeducazione pertinente e le competenze complementari per gli obiettivi associati al GSM (queste possono provenire da fonti esterne alla DBT, dove queste non esistono all'interno del modello DBT)". (Camp et al., 2024).*

RESEARCH DIGEST



The Wise Mind Balances the Abstract and the Concrete

Igor Grossmann, Johanna Peetz, Anna Dorfman, Amanda Rotella, Roger Buehler
Open Mind (Camb) 2024; 8: 826–858. 28. doi: 10.1162/opmi_a_00149

Questo studio:

Nella loro serie di studi presentati in questo articolo, Igor Grossmann (Università di Waterloo) e colleghi cercano di approfondire la concettualizzazione scientifica della saggezza. Il disegno degli studi si basa sul cosiddetto modello di saggezza comune. Varie scoperte delle scienze sociali e comportamentali hanno identificato i tratti mentali che hanno stimato essere al centro di decisioni e prospettive sagge: 1) umiltà intellettuale (cioè il riconoscimento dei limiti della propria conoscenza), 2) apertura mentale a molteplici modi in cui un problema potrebbe svilupparsi e cambiare, 3) multi-prospettiva sulla questione in questione e 4) ricerca di compromessi nella risoluzione di punti di vista opposti. Queste caratteristiche sono state anche collegate al benessere intra e interindividuale, nonché agli atteggiamenti prosociali. Le

Gli autori miravano a far emergere come le rappresentazioni di una persona degli eventi sociali nella sua mente siano collegate a questi attributi di saggezza. Le due domande chiave a cui cercano di rispondere nell'articolo riguardano il ruolo del pensiero astratto e concreto e il loro ruolo nella formazione di una mente saggia: 1) Le rappresentazioni mentali astratte e concrete sono posizioni opposte su un unico spettro o derivano piuttosto da due categorie diverse? 2) In che modo le rappresentazioni mentali astratte e concrete contribuiscono a una qualità superiore della saggezza? Ai partecipanti allo studio (provenienti da Stati Uniti e Regno Unito) è stato chiesto di riflettere sulle interazioni sociali personali e standardizzate.

Risultati principali

- L'astrattezza e la concretezza sono risultate essere due diverse caratteristiche complementari delle rappresentazioni mentali piuttosto che poli opposti di un unico continuum.
- Il ragionamento saggio è una conquista alimentata da costruzioni sia astratte che concrete.
- Gli individui associati all'alta saggezza possono essere caratterizzati da un maggiore uso di temi sia astratti che concreti rispetto al gruppo di bassa saggezza.
- I partecipanti che hanno dimostrato un maggiore equilibrio e il passaggio da un tipo di costruzione all'altro hanno mostrato una maggiore saggezza. Un possibile meccanismo potrebbe essere che la commutazione flessibile porti alla multi-prospettività di una data situazione.

Possibili implicazioni cliniche

- I risultati completano il concetto di mente saggia utilizzato nella DBT, attirando l'attenzione su un altro aspetto coinvolto in una visione più ampia di una situazione: l'interazione di risposte emotive e fatti molto unici, momentanei e specifici (costruzioni concrete) e principi e strumenti generali (valori e competenze) a cui l'individuo ha accesso.
- Essere consapevoli di questi livelli di percezione apparentemente ugualmente validi potrebbe aiutare sia il terapeuta che il cliente a comprendere e risolvere almeno alcuni dei dilemmi dialettici a portata di mano.

"Immagina di pianificare il tuo primo viaggio a Parigi. Chiudendo gli occhi, ti vengono in mente immagini generiche che hai visto in innumerevoli film: la Torre Eiffel, i croissant o forse il Museo del Louvre. Dopo aver aperto gli occhi, inizi a contemplare passaggi specifici per realizzare il tuo sogno: esaminare i prezzi al momento della prenotazione del volo, controllare il meteo per preparare i vestiti da mettere in valigia e studiare la mappa della città al momento della prenotazione della camera d'albergo. La prima riguarda la risposta alla domanda "perché" potresti voler andare a Parigi,



RESEARCH DIGEST



edbta.eu

cioè la sua desiderabilità generale. Quest'ultimo riguarda il "come" un viaggio del genere può essere realizzato, cioè le specifiche che ti permettono di arrivarci. Si tratta di modi diversi di pensare la stessa cosa: uno è più astratto, mentre l'altro other is more concrete. Quale modo si traduce in un giudizio più saggio? Abbiamo ipotizzato che questa potrebbe essere la domanda sbagliata. Coerentemente con le recenti teorizzazioni nelle scienze cognitive e sociali, abbiamo proposto che le riflessioni più sagge traggano beneficio da una combinazione di rappresentazioni mentali astratte e concrete". (Grossmann et al., 2024)

L'ANGOLO DEI PROFESSIONISTI



edbta.eu

Sheri van Dijk sull'abilità della validazione

Per rendere il concetto di validazione un po' più semplice per i clienti, lo suddivido in tre livelli:

1. **Riconoscimento:** il livello più elementare di validazione consiste semplicemente nel riconoscere la presenza dell'emozione piuttosto che giudicarla; per esempio, dire a te stesso: mi sento infelice. Il solo riconoscere o dare un nome all'emozione e mettere un punto alla fine della frase piuttosto che seguire la strada del giudizio convalida l'emozione.
2. **Permettere:** Il secondo livello di validazione è il permettere, che consiste essenzialmente nel dare a se stessi il permesso di provare la sensazione; ad esempio, dicendo a te stesso: "Va bene che mi senta infelice". Questo richiede di non giudicare ulteriormente la sensazione, affermando che va bene sentirsi in questo modo. Questo non significa che ti piaccia la sensazione o che la voglia in giro; Significa solo riconoscere che ti è permesso provare l'emozione.
3. **Comprensione:** il livello più alto (e più difficile) di validazione è la comprensione. Questo livello, che va oltre il non giudicare l'emozione e dire che va bene provarla, implica averne una comprensione; ad esempio, ha senso che mi senta infelice, date le difficoltà che ho a gestire le mie emozioni e il caos che questo provoca nelle mie relazioni e nella mia vita.

La maggior parte dei clienti con disregolazione emotiva ha un modello permanente di invalidare se stessi, quindi, ancora una volta, ha senso che questa sia in genere un'abilità molto impegnativa per loro. È probabile che inizieranno a convalidare la maggior parte delle emozioni al primo livello, riconoscendo l'emozione, e che anche questo sarà difficile per molti di loro. Ma con il tempo, saranno in grado di passare al livello successivo e poi a quello successivo. È anche naturale che le persone si muovano a un ritmo diverso con un livello diverso, e poi il successivo. È anche naturale che le persone si muovano a un ritmo diverso con emozioni diverse. Alcune emozioni saranno più facili da convalidare rispetto ad altre.

Spesso è utile chiedere ai clienti di scrivere un elenco di dichiarazioni di convalida che possono leggere quando notano che si stanno invalidando. Di recente, stavo lavorando con una cliente che ha il disturbo borderline di personalità e pensa regolarmente che la abbandonerò. Quando emergono queste paure di abbandono, si invalida regolarmente con un dialogo interiore del tipo: "È ridicolo; A questo punto dovrei essere in grado di gestirlo meglio o sono una donna adulta. Non dovrei sentirmi ancora così. Perché non riesco a superare questo?"

L'ho aiutata a iniziare un elenco di affermazioni auto-convalidanti da usare quando sono sorti questi sentimenti. Ecco alcuni esempi di ciò che abbiamo trovato:

- Mi sento in ansia all'idea che Sheri mi lasci. (Livello 1)
- Va bene che mi senta così. (Livello 2)
- Sono preoccupato che Sheri mi lasci. È scomodo, ma è quello che è. (Livello 2)
- Ha senso che io sia ansioso che Sheri mi lasci a causa delle relazioni che ho perso nel corso della mia vita. (Livello 3)
- Ha senso che io diventi ansioso per le persone che mi lasciano a causa degli abusi e dell'abbandono che ho vissuto da bambino. (Livello 3)

Inizia a lavorare su un elenco di istruzioni autovalidanti con i clienti in sessione e poi chiedi loro di continuare a lavorarci per i compiti. Alla sessione successiva, esamina l'elenco per vedere cosa sono stati in grado di aggiungere, se non altro. Molti clienti trovano difficile farlo da soli, ma si spera che siano in grado di elaborare una o due dichiarazioni aggiuntive. Chiedi ai clienti di portare con sé questo elenco in modo che possano leggere le dichiarazioni ogni volta che notano che stanno invalidando le loro emozioni. In questo modo, nel tempo saranno in grado di cambiare il modo in cui parlano a se stessi di come si sentono, piuttosto che ricadere in vecchi schemi familiari di dialogo interiore e giudizi negativi.

Maggiori informazioni su questo..

**DBT Made Simple:
A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy**

Van Dijk, S. (2013). New Harbinger Publications
ISBN: 1608821668, 9781608821662.

EDITORIAL



edbta.eu

Editor

European Dialectical Behaviour Therapy Association, e.V. (EDBTA)
www.edbta.eu

Großtalstraße 53, 79117 Freiburg im Breisgau

Editorial office:

dissemination@edbta.eu



Romija Krezina



Jan Hilbig

Meet the EDBTA board:



President:
Prof. Martin Bohus



Secretary:
Prof. Magdalena Skuza



Treasurer:
Wolfdieter Scheinecker

(NAME OF THE COUNTRY)



edbta.eu

News gathered and generated by specific country officials

Might include job offers, local news and conferences, introduction of new teams, and their members, locally organised trainings, and other information