Paul H. Lysaker, Reid E. Klion

Psicoterapia metacognitiva delle psicosi

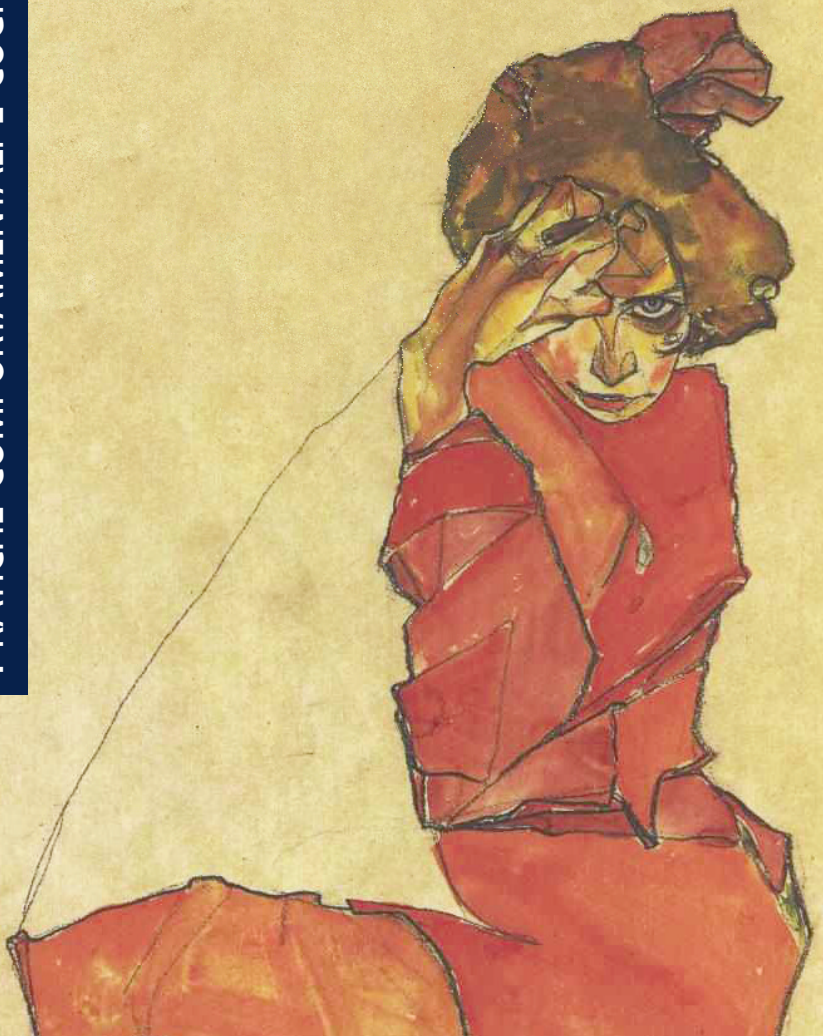
Guida alla Metacognitive Reflection and Insight Therapy

Edizione italiana a cura di
Simone Cheli e Giancarlo Dimaggio

Collana diretta da Paolo Moderato

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

FrancoAngeli



Pratiche comportamentali e cognitive

Direzione: Paolo Moderato

Comitato Scientifico:
Roberto Anchisi *(Università degli Studi di Parma),*
Maurizio Cardaci *(Università degli Studi di Palermo),*
Roberto Cavagnola *(ANFFAS di Brescia),*
Rosalba Larcan *(Università degli Studi di Messina),*
Fabio Celi *(Università degli Studi di Parma),*
Giovambattista Presti *(Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM),*
Vincenzo Russo *(Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM),*
Gabriella Pravettoni *(Università degli Studi di Milano),*
Francesco Rovetto *(Università degli Studi di Pavia).*

La necessità e la richiesta sempre maggiore di psicoterapie brevi basate su evidenze (EBI) ha contribuito alla crescente diffusione delle terapie cognitivo comportamentali (CBT). Tali terapie sono presenti nel mondo scientifico e professionale da 50 anni e hanno conosciuto importanti evoluzioni, pur mantenendo il forte radicamento nella visione scientifica della terapia.

La Collana si propone di presentare un panorama di queste buone "pratiche", prima di tutto in ambito clinico; ma non solo in quello, data la versatilità dimostrata dal modello cognitivo comportamentale anche in ambito evolutivo, organizzativo e nella prevenzione.

Stanti con date, i volumi della Collana si rivolgono principalmente ai professionisti del settore, ma si ritengono utili anche a studenti in formazione e specializzandi.

Tutti i volumi della Collana vengono sottoposti a referaggio tra pari.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella
homepage al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Paul H. Lysaker, Reid E. Klion

Psicoterapia metacognitiva delle psicosi

Guida alla Metacognitive Reflection and Insight Therapy

Edizione italiana a cura di
Simone Cheli e Giancarlo Dimaggio

FrancoAngeli

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Il presente volume è stato realizzato grazie al supporto di **Tages Onlus** (**www.tagesonlus.org**)

Recovery, Meaning-Making, and Severe Mental Illness.
A Comprehensive Guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy
Paul H. Lysaker and Reid E. Klion

First edition published 2018 by Routledge
Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group LLC
Copyright © 2018 by Paul H. Lysaker and Reid E. Klion
All Rights Reserved

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

Traduzione di Giuseppe Agrusti

In copertina: Egon Schiele, *Kneeling girl with red-orange dress*, s.d.

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

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

Indice

***Metacognitive reflection and insight therapy*.**
Prefazione all'edizione italiana, *di Giancarlo Dimaggio e Simone Cheli* pag. 11
Bibliografia » 13

Ringraziamenti » 15

PARTE I – IL CONTESTO TEORICO, EMPIRICO E CLINICO DELLA MERIT

1. Introduzione » 19
Le difficoltà delle malattie mentali gravi » 19
Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) » 22
Il Focus sulla Metacognizione » 22
Interventi strutturati orientati al *recovery* » 23
Struttura generale del manuale » 24
Una nota sulla terminologia » 24

2. Compromissione metacognitiva e disturbi mentali gravi » 26
Un disturbo mentale grave determina una frattura nella storia di vita? » 26
Compromissione nei processi di costruzione del significato ed esperienza di frammentazione nella schizofrenia: una breve storia » 28
Difficoltà nell'inquadramento della metacognizione » 30
Integrazione, comportamento e salute mentale » 32

3. Comprendere i processi metacognitivi » 34
Il punto di vista della MERIT sulla metacognizione » 34
I presupposti della MERIT sulla metacognizione » 36
Altri concetti relativi alla metacognizione » 40

4. Come inquadrare la metacognizione ed il suo ruolo nei disturbi mentali gravi » 43
Metacognition Assessment Scale – Abbreviated (MAS-A) » 44
Risultati significativi della MAS-A » 45
La MAS-A e la risposta al trattamento » 47
La matrice d'intervento della MERIT (MERIT-IF) » 48

PARTE II – I PRESUPPOSTI DELLA MERIT E GLI OTTO MODULI BASE

5. I presupposti per applicare la MERIT » 51
Presupposto I: il *recovery* dal disturbo mentale grave è possibile » 52
Presupposto II: i pazienti sono agenti attivi nel proprio recupero » 53
Presupposto III: il ruolo del terapeuta come esperto e partecipante allo stesso tempo » 55
Presupposto IV: le esperienze di persone con psicosi possono essere comprese » 56
Presupposto V: maggiori livelli di consapevolezza possono portare a distress emotivo » 58
Presupposto VI: lo stigma sociale può colpire profondamente le persone con disturbi mentali gravi » 59

6. Una sintesi dei moduli della MERIT. Modulo 1. Gli obiettivi » 62
Una sintesi dei moduli della MERIT » 62
Modulo 1: Gli obiettivi » 63
Complessità degli obiettivi » 64
Gli obiettivi potrebbero non essere immediatamente evidenti » 65
Aiutare i pazienti a identificare con chiarezza i propri obiettivi » 66
L'importanza di un processo condiviso » 69
Quel che ostacola l'individuazione degli obiettivi » 69
Esempi di casi clinici » 71
MERIT-TAS: Modulo 1 » 74

7. Modulo 2. Introdurre la mente del terapeuta » 76
Condizioni fondamentali per la condivisione dei pensieri del terapeuta » 77
L'atteggiamento del terapeuta » 78
Introdurre la mente del terapeuta con un atteggiamento aperto » 82
MERIT-TAS: Modulo 2 » 85

8. Modulo 3. Elicitare l'episodio narrativo » 86
Elicitare ed esplorare le narrazioni » 87
Sostenere i pazienti ad impegnarsi nel processo narrativo » 89
Ostacoli che non permettono di ottenere una narrazione » 91
MERIT-TAS: Modulo 3 » 93

9. Modulo 4. Definire il problema psicologico » 94
Definire il problema » 95
Come emergono i problemi durante le sedute » 96
Difficoltà comuni nella definizione dei problemi » 97
L'importanza dell'autenticità » 99
L'evoluzione dei problemi psicologici durante la terapia » 101
MERIT-TAS: Modulo 4 » 102
Riepilogo dal Capitolo 6 fino al Capitolo 9 » 103

10. Modulo 5. Riflettere sulla relazione terapeutica » 104
Componenti fondamentali della relazione terapeutica » 105
Come la relazione terapeutica supporta l'attività metacognitiva » 105
MERIT-TAS: Modulo 5 » 109

11. Modulo 6. Riflettere sui progressi » 110
Fare domande e riflettere sui progressi » 111
Fare domande sui cambiamenti » 112
Quando riflettere sui progressi » 114
Sinergia con gli altri moduli » 114
MERIT-TAS: Modulo 6 » 115

12. La matrice MERIT-IF e l'inquadramento della metacognizione durante le sedute » 116
La matrice d'intervento della MERIT (MERIT-IF) » 117
Inquadrare la metacognizione nelle sedute di psicoterapia con la MERIT-IF » 123
Inquadrare l'autoriflessività con la Scala S » 125
Inquadrare la consapevolezza degli altri con la Scala O » 127

Inquadrare la *mastery* con la Scala M » 129
Inquadrare il decentramento con la Scala D » 132
Considerazioni sull'uso della MERIT-IF » 132

13. Modulo 7. Promuovere l'Autoriflessività (S) e la Consapevolezza degli altri (O) » 134
Promuovere l'Autoriflessività (S) » 135
Promuovere la Consapevolezza degli Altri (O) » 145
MERIT-TAS: Modulo 7 » 151

14. Modulo 8. Promuovere la Mastery (M) » 152
Promuovere la Mastery (M) » 152
Ostacoli comuni nella realizzazione degli interventi della Scala O » 159
MERIT-TAS: Modulo 8 » 160

PARTE III – APPLICAZIONI E ASPETTI CLINICI E TECNICI

15. Considerazioni pratiche sul trattamento e sulla formazione alla MERIT » 163
Considerazioni pratiche » 163
Introdurre e spiegare la MERIT ai pazienti » 163
Fasi del trattamento » 165
Durata del trattamento e tasso di cambiamento » 167
Aderenza e fedeltà al trattamento » 168
Formazione alla MERIT: supervisione ed esperienze del terapeuta » 169
Evitare la demoralizzazione del terapeuta » 171
Self-disclosure del terapeuta » 172
Compiti per casa » 173

16. Aspetti clinici comuni » 175
Comorbidità con abuso di sostanze » 175
Distress emotivo e rischio suicidario » 176
Esacerbazione dei sintomi » 176
Crisi e ospedalizzazione » 177
Storia del trauma » 178
Rabbia e comportamento antisociale » 179
Comorbidità con condizioni mediche » 180
Scarso insight e non aderenza ai farmaci » 181

Identità radicata nel disturbo » 182
Esperienze negative con un precedente trattamento di salute mentale » 182
Outcome e recovery » 183

17. MERIT. Passato e futuro » 185
Le origini » 185
Il presente » 186
Il futuro » 189

Appendice I. La matrice d'intervento della MERIT (MERIT-IF) » 191

Appendice II. La Scala MERIT di aderenza al terapeuta (MERIT-TAS) » 193

Riferimenti bibliografici » 197

Metacognitive reflection and insight therapy. *Prefazione all'edizione italiana*

La traiettoria scientifica di Paul H. Lysaker consiste di due fasi successive, ognuna definita da uno specifico orientamento teorico. La prima fase si è concentrata sul ruolo che la struttura dialogica del sé ha nella schizofrenia. Sin dai primi studi (Lysaker, Lysaker, 2002) descriveva come nella schizofrenia si osservasse una frammentazione, una disintegrazione dell'esperienza di sé. Notava come sia nel dialogo interno, sia nelle relazioni interpersonali, i pazienti avessero dialoghi bloccati e vuoti, disorganizzati e cacofonici, o veri e propri monologhi, in assenza di interlocutori che offrissero punti di vista alternativi. Questa prima fase di ricerca centrata sulla patologia delle narrazioni di sé e del dialogo ha trovato compimento nel libro *Schizophrenia and the Fate of the Self* (Lysaker, Lysaker, 2008). Lì, Paul Lysaker presentava una psicoterapia integrata per il paziente schizofrenico come un lavoro "finalizzato a riavviare il dialogo intra- ed inter-personale" (Lysaker, Lysaker, 2008, p. 158). E per far questo è necessario che il terapeuta abbia una comprensione chiara del tipo di struttura dialogica del sé che il paziente ha ed ovviamente del livello di compromissione conseguente alla sua psicopatologia.

Nel tentativo di comprendere meglio le difficoltà di questi pazienti a costruire e mantenere narrazioni dialogicamente ricche, aperte e flessibili, Lysaker è entrato in contatto con gli studi sul ruolo delle disfunzioni metacognitive nei pazienti gravi (Semerari et al., 2003). Da allora ha iniziato uno scambio continuo con il gruppo italiano che si occupava di metacognizione dal quale è emersa la *Terapia Metacognitiva Interpersonale* (TMI; Dimaggio, Semerari, 2003; Dimaggio et al., 2013). A quel punto Lysaker ha iniziato a generare studi di casi singoli in cui mostrava come nella psicoterapia di pazienti schizofrenici si osservasse un progressivo incremento della metacognizione (Lysaker et al., 2005; Lysaker et al., 2007). Soprattutto, ha pro-

dotto una mole impressionante di ricerche di psicopatologia in cui ha mostrato come la metacognizione fosse correlata alle fratture narrative, ai sintomi e alle difficoltà nel funzionamento sociale. È restato coerente con la prima fase, per così dire, *narrativo/dialogica*, arricchendola del ruolo delle difficoltà metacognitive (Lysaker, Dimaggio, Buck, Carcione, Nicolò, 2007). La costante ibridazione tra la tradizione fenomenologica e dialogica da cui Lysaker è partito con la tradizione metacognitiva del cognitivismo italiano (Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013; Dimaggio, Semerari, 2003) ha generato un filone di ricerca sulla schizofrenia e sui disturbi mentali gravi che ancora oggi continua. La collaborazione tra Paul Lysaker e uno di noi dura da anni e ha prodotto tra l'altro due volumi in cui il ruolo della metacognizione nella schizofrenia è stato descritto ampiamente (Dimaggio, Lysaker, 2010; Lysaker, Dimaggio, Brüne, 2014). A partire da queste idee, passo dopo passo, Lysaker ha formalizzato un vero e proprio approccio terapeutico che ha poi denominato *Metacognitive Reflection and Insight Therapy* (MERIT). Molti aspetti della MERIT coincidono con la TMI, in particolare l'idea che la terapia debba promuovere in modo graduale le abilità metacognitive, restando sempre coerenti nel cercare di essere vicini al livello che il paziente ha raggiunto e portarlo al livello immediatamente successivo senza fare salti. L'altro aspetto comune è l'attenzione alla dimensione intersoggettiva della relazione terapeutica (Lysaker, Dimaggio, Daroyanni et al., 2010). La MERIT si manifesta quindi come un approccio dialogico e fenomenologico, dove l'intervento si focalizza su diverse componenti (denominate nella presente traduzione *"moduli"*) senza una successione predeterminata. Mantenendo alcuni presupposti comuni a tutto il suo lavoro Lysaker definisce la MERIT come un modello integrativo in cui, attraverso un processo dialogico finalizzato a comprendere se stessi e gli altri, si favorisca il recupero o lo sviluppo della metacognizione. Per quanto la struttura dell'intervento sia sufficientemente lasca da lasciare il terapeuta libero (o meglio responsabile) di definire il miglior iter di intervento, il manuale è organizzato in maniera chiara e consequenziale.

MERIT è stata formalizzata da pochi anni, ma sta già raccogliendo risultati promettenti a favore della sua efficacia nella psicosi. Allo stato attuale (si veda il capitolo 17 "MERIT: passato e futuro" del presente volume) la MERIT vanta buoni risultati in termini di riduzione dei sintomi psicotici e dei deficit metacognitivi attraverso 2 open-trial, una dozzina di studi su casi singoli ed uno studio randomizzato.

Quella che sembra essere una delle più interessanti evidenze a favore della MERIT (e degli approcci metacognitivi in genere) è infatti la versatilità nell'offrire, tanto al clinico quanto al paziente, uno strumento terapeutico efficace. E questa specificità è tanto più rilevante nel trattamento

di patologie gravi, in cui l'impossibilità di comprendere e farsi comprendere esacerba i sintomi ed il conseguente ritiro sociale (Lysaker, Gagen, Moritz, Schweitzer, 2018).

Giancarlo Dimaggio
Fondatore del Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale
Roma

Simone Cheli
Presidente dell'Associazione Tages Onlus
Firenze

Bibliografia

Dimaggio, G., Semerari, A. (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e Trattamento. Stati Mentali, Metarappresentazione, Cicli Interpersonali.* Bari: Laterza.

Dimaggio, G., Lysaker, P.H. (2010). *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders. From Research to Treatment.* New York, NY: Routledge.

Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., Salvatore G. (2013). *Terapia Metacognitiva Interpersonale dei Disturbi di Personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lysaker, P.H., Lysaker, J.T. (2001). Psychosis and the disintegration of dialogical self-structure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *British Journal of Medical Psychology*,74(1): 23-33.

Lysaker, P.H., Lysaker, J.T. (2008). *Schizophrenia and the Fate of the Self*. Oxford: Oxford University Press.

Lysaker, P.H., Davis, L.W., Eckert, G.J., Strasburger, A., Hunter, N.M., Buck, K.D. (2005). Changes in narrative structure and content in schizophrenia in long term individual psychotherapy: A single case study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12: 406-416.

Lysaker, P.H., Davis, L.W., Warman, D.M., Strasburger, A., Beattie, N. (2005). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Association across six months. *Psychiatry Research*, 149: 89-95.

Lysaker, P.H., Dimaggio, G., Brüner, M. (2014). *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia Psychopathology and Treatment Approaches*. San Diego, CA: Academic Press.

Lysaker, P.H., Dimaggio, G., Buck, K.D., Carcione, A., Nicolò, G. (2007). Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia Research*, 93(1-3): 278-87.

Lysaker, P.H., Dimaggio, G., Daroyanni, P., Buck, K.D., La Rocco, V.A., Carcione, A., Nicolò, G. (2010). Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychology and Psychotherapy*, 83(3): 303-315.

Lysaker, P.H., Gagen, E., Moritz, S., Schweitzer, R.D. (2018). Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychology Research and Behavior Management*, 5(11): 341-351.

Ringraziamenti

La MERIT è un sistema integrato di psicoterapia per adulti affetti da disturbi mentali gravi. Non è stato creato in maniera indipendente. I primi contributi chiave sono arrivati da Giancarlo Dimaggio, Susanne Harder, Ilanit Hasson-Ohayon, Andrew Gumley e Kelly Buck. Poco dopo si sono uniti a questo dialogo Jay Hamm e Bethany Leonhardt; il termine MERIT è stato coniato da Steven de Jong, Rozanne van Donkersgoed e G. H. M. Pijnenborg. Altri colleghi del nostro gruppo di studio di Indianapolis hanno contribuito in modo significativo allo sviluppo di questo metodo, tra cui Jenifer Vohs, Marina Kukla, Kyle Minor, Sally Wasmuth, Elizabeth Belanger, Lauren Luther, Alison James, Benjamin Buck, Kelsey Bonfils e Ruthie Firmin. L'elenco di coloro che hanno contribuito allo sviluppo di tale metodo comprende anche i colleghi clinici Christina Silas, Jackie Hillis, Alysia Siegel, Sunita George, Ashley Schnackenberg, Elizabeth Smith e Rebecca Fogley. Un altro supporto fondamentale ad Indianapolis è arrivato anche da Amy Strausberger e Nicole Beattie. Sia dal Nord America che a livello internazionale, sono stati di supporto anche Hamish McLeod, Robert Schweitzer, Ondrej Pec, Cumhur Taş, Leonor Irarrazaval, Jens Jensen, Nicolai Ladegaard, Sune Bo Hansen, Raffaele Popolo e Giampaolo Salvatore. Altri colleghi, che hanno offerto un considerevole sostegno, sono David Pfenninger, David Roe, Philip Yanos, Antonio Semerari e Martin Brüne.

PARTE I – IL CONTESTO TEORICO, EMPIRICO E CLINICO DELLA MERIT

1. Introduzione

Le difficoltà delle malattie mentali gravi

I disturbi mentali gravi, come la schizofrenia e altre forme di psicosi, comportano una vasta gamma di difficoltà psicosociali e biologiche che colpiscono non solo le persone stesse ma anche i loro amici, le loro famiglie e la comunità. Sia la ricerca empirica che i resoconti in prima persona affermano che è praticamente inevitabile che queste persone debbano affrontare una serie di difficoltà biologiche, sociali, politiche ed economiche. Un disturbo mentale grave spesso comporta anche una compromissione della capacità cognitiva di prestare attenzione, organizzare e richiamare facilmente il materiale all'interno del flusso di esperienze di vita momento per momento. Possono esserci anche esperienze sensoriali insolite o anomale, o convinzioni e interpretazioni disturbanti delle interazioni sociali.

La situazione tende ad aggravarsi, dato che le persone con malattia mentale grave devono anche affrontare lo stigma e gli stereotipi su tali disturbi. Dai media alle strutture in cui si cerca il trattamento, il messaggio che viene spesso trasmesso è che tali individui siano inetti, pericolosi o che abbiano semplicemente una vita meno importante o interessante degli altri. Le difficoltà nel guadagnarsi da vivere o nel perseguire opportunità nel campo dell'istruzione possono anche ostacolare il miglioramento delle condizioni di vita di queste persone. Tutto questo è spesso aggravato da una storia di trauma che può anche includere quello associato all'esperienza della psicosi stessa e ai suoi successivi effetti.

Da una prospettiva storica, mentre la malattia mentale grave è stata riconosciuta in varie forme per millenni, la nostra comprensione scientifica è cambiata significativamente negli ultimi due decenni. Le convinzioni su