

**PSICOTERAPIA, PSICODIAGNOSTICA,  
PSICOTECNOLOGIA**

**GIAMPAOLO SALVATORE,  
GIANCARLO DIMAGGIO,  
PAOLO OTTAVI,  
RAFFAELE POPOLO**

# **TERAPIA METACOGNITIVA INTERPERSONALE DELLA SCHIZOFRENIA**

La procedura formalizzata  
di intervento

**HUMANITAS**  
Consorzio Universitario Humanitas

 **FrancoAngeli**

## **PSICOTERAPIA, PSICODIAGNOSTICA, PSICOTECNOLOGIA**

---

**DIRETTORE: Giuseppe Ruggeri**

**COMITATO SCIENTIFICO: Pietro Bria, Vincenzo Caretti, Vittorio Cigoli, Paolo Cruciani, Nino Dazzi, Andrea Fossati, Luigi Janiri, Carlo Lai, Enrico Molinari, Carlo Saraceni**

**COMITATO DI REDAZIONE: Elda Andriola, Anna Camana, Fabrizio Corradi, Marco di Nicola, Alessio Gori**

**COORDINAMENTO EDITORIALE: Anna Camana**

---

Il Consorzio Universitario Humanitas opera nei campi della pedagogia, della comunicazione sociale, della psicologia, della neuropsicologia. Suoi fini elettivi sono la formazione post lauream in tali discipline (realizzata mediante Corsi di Dottorato, Scuole di Specializzazione, Master, Corsi di perfezionamento), così come la ricerca e l'assistenza clinica nei campi della psicoterapia, psicodiagnostica, neuropsicologia. Fondato dall'Università LUMSA, il Consorzio intrattiene rapporti di collaborazione didattica, scientifica e clinica con molteplici enti (tra questi l'Istituto di Psichiatria e Psicologia - Facoltà di Medicina "A. Gemelli" della Università Cattolica di Roma; il Dipartimento di Neuroscienze - Facoltà di Medicina dell'Università "Federico II" di Napoli; il Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione - IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma).

Un solo paradigma teorico non permette di dare ordinamento alla infinita complessità della vita mentale; una sola metodica strumentale non permette di esplorare le infinite dimensioni presenti nel dominio degli eventi mentali; un solo modello di pratica clinica non permette di realizzare il migliore intervento possibile in tutte le situazioni cliniche. Ispirata a questa consapevolezza, la Collana si propone a studiosi e clinici come area editoriale nella quale siano coniugati innovazione teorica e integrazione clinica. Più in particolare essa promuove la presentazione di contributi innovativi sul piano della ricerca teorica; di sperimentazioni riguardanti la integrabilità di indirizzi e metodi nella pratica clinica; di applicazioni cliniche della information and communication technology mirate a fini diagnostici e terapeutici. La scelta dei contributi avviene in accordo con l'orientamento di non porre vincoli preliminari per quanto riguarda le prospettive teoriche su cui i contributi si fondano, né gli indirizzi clinici cui essi si ispirano.

I volumi pubblicati in Collana sono sottoposti a referaggio con doppio cieco.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

PSICOTERAPIA, PSICODIAGNOSTICA, PSICOTECNOLOGIA

GIAMPAOLO SALVATORE,  
GIANCARLO DIMAGGIO,  
PAOLO OTTAVI,  
RAFFAELE POPOLO

# **TERAPIA METACOGNITIVA INTERPERSONALE DELLA SCHIZOFRENIA**

La procedura formalizzata  
di intervento

 **HUMANITAS**  
Consorzio Universitario Humanitas

FrancoAngeli

*Grafica della copertina: Elena Pellegrini*

Copyright © 2017 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](http://www.francoangeli.it).*

Sì,  
Succhio il sangue dei miei rapper preferiti  
Ne ho litri in corpo come se stessi in overdose  
E fingo di esser morto e me ne fotto  
Di chi dice 'resta in positività'  
Elimino l'attività  
Finché dimentico completamente  
Cos'è l'acido lattico  
Questione di agilità  
Pure quando non c'è alcun atto pratico  
È tutto un giochetto tattico  
È tutto fottuto un attimo  
Cos'è che mi spinge a fare sta roba  
Solo quando sono al lastrico e lastrico  
Le facciate di ogni mio malumore  
Anche se gli altri ripetono  
Per ore ed ore  
Che sono il peggiore  
Che senza un dottore  
Non vivrò mai bene  
Succhiatemi il pene, bastardi  
Tocco sti bit come fossero vivi  
Tu che cazzo guardi?

Armando



# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	11
Ringraziamenti	»	19
<b>1. Psicopatologia della schizofrenia. Forme e contenuti dell'esperienza schizofrenica</b>	»	21
1. Alterazione dell'intersoggettività	»	21
2. Le alterazioni del discorso	»	29
2.1. Povertà narrativa	»	31
2.2. Disorganizzazione narrativa	»	31
3. Schemi interpersonali	»	32
3.1. Il sé vulnerabile nella schizofrenia paranoide	»	36
4. Cicli interpersonali	»	37
<b>2. Psicopatologia della schizofrenia. Le disfunzioni metacognitive</b>	»	39
1. Il concetto di metacognizione	»	39
2. I concetti confinanti	»	45
3. Il malfunzionamento metacognitivo nella schizofrenia	»	45
4. Il malfunzionamento metacognitivo e l'esito del trattamento nella schizofrenia	»	49
5. Sintesi	»	51
<b>3. La procedura formalizzata TMI per la schizofrenia passo dopo passo</b>	»	52
1. Alcune regole generali	»	52
2. Gli interventi sulla relazione	»	58
3. Il "ramo destro" dell'albero decisionale	»	60



4. Il “ramo sinistro” dell’albero decisionale: l’esplorazione degli episodi narrativi	pag.	66
5. Marker di cambiamento terapeutico	»	71
<b>4. Gli interventi sulla relazione terapeutica</b>	»	73
1. Identificare le configurazioni relazionali problematiche paziente/terapeuta per prevenire i problemi relazionali	»	75
2. Utilizzare la relazione terapeutica per promuovere le funzioni metacognitive	»	78
3. Stabilire un clima di sintonia e condivisione per favorire l’esplorazione dell’esperienza interna	»	80
4. Regolazione della sintonizzazione e del clima della seduta attraverso un’attenzione preminente all’“agenda” del paziente	»	81
5. Intervenire sulla disaderenza al contesto quando causa problemi nella relazione	»	86
6. Intervenire sulle rotture dell’alleanza terapeutica	»	89
6.1. Caratteristiche della relazione terapeutica nella terapia con pazienti psicotici	»	90
6.1.1. Il ruolo della disfunzione metacognitiva	»	90
6.1.2. Il ruolo degli schemi interpersonali maladattivi	»	92
6.1.3. Il ruolo degli schemi del terapeuta	»	94
6.2. Strategie di regolazione dell’assetto mentale del terapeuta e di riparazione delle fratture dell’alleanza terapeutica	»	96
6.2.1. Le operazioni di disciplina interiore di fronte alle rotture della relazione	»	96
6.2.2. La validazione	»	101
6.2.3. La metacomunicazione	»	104
6.2.4. Procedura di intervento in caso di drop-out inevitabile	»	121
7. Sintesi	»	123
<b>5. L’intervento sui requisiti basilici e sui sintomi pervasivi. Il “ramo destro” della procedura decisionale</b>	»	124
1. L’intervento sui requisiti basilici	»	128
1.1. Interventi specifici sui livelli basilici di autoriflessività	»	129
2. L’intervento sui sintomi in assenza di cornice narrativa	»	135
2.1. L’intervento sul delirio persecutorio	»	136
2.2. L’intervento sulle allucinazioni uditive	»	144

3. L'intervento sulle disfunzioni intrinseche della narrazione	pag.	148
4. Sintesi	»	152
<b>6. L'esplorazione dei problemi psicologici all'interno dell'episodio narrativo. Il "ramo sinistro" della procedura decisionale (I parte)</b>	»	153
1. L'emersione spontanea dell'episodio	»	155
2. L'elicitazione diretta dell'episodio	»	159
3. L'esplorazione del problema psicologico nell'episodio narrativo: gli step 1-3	»	164
3.1. Gli step di intervento sulla disaderenza al contesto	»	165
3.2. Gli step di intervento sul delirio persecutorio	»	172
3.3. Gli step di intervento sulle allucinazioni uditive	»	174
4. Sintesi	»	177
<b>7. Gli step per promuovere i livelli avanzati di autoriflessività, la comprensione della mente altrui e la mastery metacognitiva. Il "ramo sinistro" della procedura decisionale (II parte)</b>	»	178
1. La promozione della consapevolezza dello schema: lo step 4	»	182
2. Promozione della differenziazione tra schema e realtà e delle strategie avanzate di mastery, e formulazione in chiave normalizzante del nesso tra schema ed esordio della patologia: lo step 5	»	188
2.1. Promuovere la differenziazione tra schema e realtà: step 5a	»	188
2.2. Promuovere la mastery avanzata: step 5b	»	191
2.3. Formulazione in chiave normalizzante del nesso tra schema ed esordio della patologia: step 5c	»	199
3. Promuovere la comprensione della mente altrui e dei cicli: step 6	»	201
3.1. Promuovere la comprensione della mente altrui	»	204
3.2. Promuovere la comprensione dei cicli interpersonali disfunzionali	»	209
4. La promozione di parti sane: lo step 7	»	211
5. Sintesi	»	219
<b>Bibliografia</b>	»	221



## Introduzione

Tre anni fa veniva pubblicato il manuale *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013), nel quale gli autori tentavano di formalizzare le procedure di intervento in questa popolazione. In parallelo, mentre alcuni di noi seguivano regolarmente in psicoterapia pazienti affetti da psicosi, iniziavamo a pensare: è possibile, seguendo la stessa logica, delineare procedure simili, adatte a questi pazienti? La pratica clinica, la riflessione sui casi e i dati di ricerca sul ruolo delle disfunzioni metacognitive nella psicosi ci hanno aiutato a formulare procedure che pensavamo potessero costituire l'impalcatura di un trattamento psicoterapeutico per i pazienti affetti da schizofrenia. Il risultato è stato la formulazione della terapia metacognitiva interpersonale per la schizofrenia, che proponiamo in questo manuale. Elenchiamo per punti i presupposti su cui essa si fonda.

Il primo punto: contrariamente all'idea pessimistica che permea più o meno implicitamente il senso comune e molti clinici, le persone affette da schizofrenia possono andare incontro a un destino differente dalla cronicizzazione, considerata in passato la naturale evoluzione della patologia. Diverse review e studi longitudinali mostrano come molti pazienti possano presentare un miglioramento clinico significativo nel corso della loro vita, o comunque raggiungere un livello accettabile di benessere psicologico, se adeguatamente trattati (Bellack, 2006; Lysaker, Buck, 2010; Silverstein, Bellack, 2008; Silverstein, Spaulding, Menditto, 2006). Ciò è reso possibile dall'associazione al necessario trattamento farmacologico di trattamenti psicosociali basati su procedure sufficientemente strutturate. Pensare e fare ricerca sulla psicoterapia della schizofrenia, insomma, non è tempo perso.

Il secondo punto: se si è capaci di stabilire una relazione sufficientemente calda e stabile con il paziente affetto da schizofrenia, e di esplorare il suo mondo interno, egli può farci intravedere uno dei problemi più gravi di cui soffre; forse quello fondamentale, che deve essere studiato e compreso a

fondo dal clinico. Parliamo di una difficoltà del paziente a sintonizzarsi senza eccessivo sforzo con gli altri, anche nei rapporti più intimi, familiari. Una difficoltà che alcuni autori (Stanghellini, 2006) hanno denominato incapacità di *sintonizzazione pre-riflessiva*. Si tratta della compromissione di quella capacità di entrare in risonanza con i consimili che non è stabilita dal pensiero, ma è automatica, viene appunto prima della riflessione. Una capacità che negli scambi rapidi con gli altri, fatti spesso di sottintesi, sfumature, rimandi a quanto precedentemente condiviso, si manifesta per esempio con il comprendere al volo, senza ragionarci sopra, cosa significhi una certa frase detta in un certo contesto. Un amico ci incontra per strada e ci dice “che ci fai qui, furfante?”: noi non dobbiamo ragionarci sopra per decidere se il nostro amico sta scherzando ed è contento di vederci o se ci considera un avanzo di galera. Nel paziente con schizofrenia, invece, molto spesso una frase del genere provoca confusione e angoscia, perché manca quella capacità di sentirsi in sintonia con l’altro che costituisce lo sfondo che conferirà immediatamente il senso giusto alla frase in quel momento, così come all’espressione del viso dell’amico, al suo tono di voce. Lo schizofrenico finisce quindi spesso per brancolare nel buio delle relazioni, per sentirsi sperduto in patria, estraneo tra i conspecifici, e questo crea rallentamento, goffaggine, imbarazzo (Popolo, Salvatore, Lysaker, 2012). Operazioni intersoggettive che sono facili da compiere per la maggior parte di noi nella vita quotidiana, come intuire le intenzioni di una persona cara da piccoli dettagli (Morrison, Bellack, Bashore, 1988; Mueser *et al.*, 1996), capire che un insulto apparente che abbiamo ricevuto da un amico può essere ironico o decodificare automaticamente le emozioni dalle espressioni facciali (Kerr, Neale, 1993), rappresentano compiti ardui o spesso impossibili per il paziente. Definiamo questo problema come *disaderenza al contesto*, e ne facciamo uno degli elementi cardine del trattamento. L’esperienza clinica ci mostra come questa disfunzione alimenti la sintomatologia e sopravviva alla sua soppressione farmacologica. I pazienti possono accusare meno intensamente le voci grazie all’azione di un farmaco allucinolitico, ma possono continuare a sentirsi *disaderenti* nelle interazioni. Inoltre, sintomi definiti come “negativi” come il ritiro sociale, o il graduale impoverimento dell’azione scopo-guidata, sembrano la naturale conseguenza di un’incapacità sostanziale di “aderire” ai mutevoli contesti di cui si compone l’arena sociale. La persona lascia la partita perché si accorge di non saper giocare, di non capirne le regole. Trattare la disaderenza significa trattare l’origine di molti sintomi.

Terzo punto – meglio non girarci troppo attorno –: la terapia cognitivo comportamentale (TCC) non sembra essere la panacea. Essa si è rapidamente estesa alla schizofrenia e agli altri disturbi psicotici (Rector, Beck,

2002), ponendosi come obiettivo la correzione delle credenze che sostengono i sintomi attraverso un processo collaborativo di valutazione delle stesse e di previsione delle conseguenze di comportamenti ed eventi (Drury *et al.*, 1996; Sensky *et al.*, 2000; Gumley *et al.*, 2003; Wykes *et al.*, 2008; Lysaker *et al.*, 2009; Pilling *et al.*, 2002). La sua efficacia però non sembra accettata univocamente. Due imponenti meta-analisi (Wykers *et al.*, 2007; Lynch *et al.*, 2010) mettono in discussione l'effettiva efficacia della TCC. In particolare, i risultati che la TCC ha mostrato di poter produrre non sembrano mantenersi nel follow up a lungo termine; la remissione sintomatologica nel medio-lungo termine rimane completa a 5 anni solo nel 9-14% dei casi (Wykes *et al.*, 2007). I dati riguardanti la prevenzione delle ricadute risultano inoltre insoddisfacenti (Wykes *et al.*, 2008). Più recentemente, diversi studi riportano che la TCC su sintomi specifici quali le allucinazioni verbali uditive può risultare efficace nell'attenuare l'insistenza dei pensieri negativi e delle credenze correlate alle voci (Trower *et al.*, 2004; Valmaggia *et al.*, 2005), ma solo una piccola parte dei trial randomizzati controllati mostrano che essa riduce significativamente la frequenza delle allucinazioni e la sofferenza psicologica ad esse correlata (Morrison *et al.*, 2014). Inoltre, una review sistematica di 16 trial controllati sulla TCC per le allucinazioni non ha riscontrato una chiara evidenza dell'efficacia di questo approccio sulla frequenza e sull'intensità del sintomo allucinatorio (McCarthy-Jones, Thomas, Dodgson *et al.*, 2015).

Un'ulteriore importante criticità della TCC è rappresentata dai sintomi negativi (McLeod, Gumley, Schwannauer, 2014). Il modello di intervento TCC sui sintomi negativi (Rector, Beck, Stolar, 2005) non sembra discostarsi da quello previsto per i sintomi positivi. Secondo tale modello questi sintomi dipenderebbero da processi cognitivi disfunzionali, valutazioni negative delle proprie capacità, risorse, possibilità di sperimentare successo e piacere nella vita. Queste cognizioni disfattistiche autosabotanti (i.e., *defeatist cognitions*; Rector *et al.*, 2005) sarebbero alla base di devitalizzazione, spegnimento del desiderio, disingaggio dalle relazioni, evitamento sociale (Grant, Beck, 2009, 2010). Con l'aiuto del terapeuta, il paziente identificherebbe i pensieri e le credenze autosabotanti, e le sfiderebbe col ragionamento e per mezzo di strategie comportamentali (e.g., pianificazione delle attività vs. anedonia e appiattimento affettivo). Di tre trial che hanno testato questo modello di trattamento sui sintomi negativi (Klingberg Wolwer, Engel *et al.*, 2011; Grant, Huh, Perivoliotis *et al.*, 2012; Staring, Ter Huurne, van der Gaag, 2013), riscontrando un miglioramento, solo uno ha analizzato il ruolo delle credenze disfattistiche sull'outcome relativo ai sintomi (Staring, Ter Huurne, van der Gaag, 2013), mostrando un ruolo poco significativo di tali credenze (McLeod *et al.*, 2014). In parole molto povere, se i pazienti miglio-

rano, non migliorano necessariamente per l'azione terapeutica guidata dal modello.

A fronte di questi diversi aspetti problematici, la conclusione di Lynch rappresenta una di quelle manifestazioni di candore che di solito veicolano verità: “la TCC per la schizofrenia si trova quindi nella posizione insolita di essere raccomandata nelle linee guida NICE (NICE, 2009) pur non dimostrando una significativa efficacia rispetto ad interventi di controllo attivi (trattamenti diversi da TAU o lista d’attesa)” (Valente, Pinto, 2012, p. 206). Risultati più recenti sembrano dargli ragione: la TCC sembra avere globalmente un effetto non significativo sui sintomi (Jauhar, McKenna, Rdua *et al.*, 2014).

Tutte queste considerazioni aprono nuove prospettive. Secondo alcuni autori perseguire l’obiettivo del miglioramento clinico, che abbiamo visto possibile per il paziente con schizofrenia, deve passare non solo per la regressione della sintomatologia, come previsto dalla TCC, ma anche per il mantenimento della remissione sintomatologica e la prevenzione delle ricadute (Alvarez-Jimenez *et al.*, 2011). Perseguire questi obiettivi pone la necessità di focalizzarsi su aspetti ulteriori rispetto ai sintomi, quali il miglioramento del funzionamento sociale e della qualità di vita, la promozione della capacità soggettiva di percepire se stessi come agenti attivi nel mondo, e la creazione di un senso di identità personale più ricco, integrato con la propria storia, unica e personale (Resnick, Roesnheck, Lehman, 2004; Roe, 2001; Silverstein, Bellack, 2008; France, Uhlin, 2006; Lysaker, Buck, Roe, 2007; Silverstein *et al.*, 2006). Alcuni autori sostengono che tali obiettivi siano perseguibili promuovendo la *metacognizione*; aiutando cioè il soggetto a divenire più consapevole dei suoi e degli altrui stati mentali, e sviluppando narrazioni più complesse sulla propria esperienza (Corcoran, Frith, 2003; Brune, 2005; Langdon, Colheart, Ward, 2006; Stratta *et al.*, 2007; Lysaker, Dimaggio, Buck *et al.*, 2007; Lysaker, Buck, Ringer, 2007; Lysaker, Buck, Taylor, Roe, 2008; McGlade, Behan, Hayden *et al.*, 2008; Lafargue, Frank, 2009; Dimaggio, Lysaker, 2012). L’attenzione alla metacognizione è per esempio una soluzione sensata al problema dei sintomi negativi. Comprendere la propria mente al punto da riconoscere che una propria credenza può essere disfunzionale, esageratamente “disfattistica”, logicamente errata, richiede un livello di funzionamento metacognitivo non realisticamente raggiungibile da molti soggetti con sintomi negativi. Il terapeuta sensibile alle fluttuazioni del livello di funzionamento metacognitivo del paziente sarà in una posizione migliore per scegliere gli interventi più adeguati momento per momento. Per esempio, sfidare le credenze disfattistiche del paziente, o anche solo aiutare il paziente a sottoporle al vaglio critico potrà essere appropriato solo quando il paziente sarà capace di rico-

noscere che i pensieri e le credenze che ha costituiscono rappresentazioni fallibili. Con il paziente incapace di comprendere la propria mente, e che percepisce la mente degli altri come opaca, incomprensibile, non raramente spaventosa, tentare di modificare le credenze può risultare molto controproducente, o nella migliore delle ipotesi improduttivo. La strategia che sembra indicata è invece quella di aiutare il paziente a osservare in modo progressivamente più accurato la propria mente, etichettarne in modo condiviso i contenuti, fortificare gradualmente la metacognizione. Attraverso la pratica ripetuta e costante di questa ginnastica metacognitiva, il paziente potrà comprendere meglio la natura rappresentazionale delle proprie credenze su di sé, sul mondo e sul futuro, e sarà potenzialmente più recettivo rispetto alla possibilità di considerarne la fallibilità, e di accedere a ipotesi alternative.

L'attenzione privilegiata all'assetto metacognitivo ha caratterizzato sin dall'inizio il nostro approccio ai pazienti con schizofrenia. Riflettere insieme su cosa accadeva nei trattamenti ci ha permesso di osservare che i pazienti tendono ad avere scarsa consapevolezza della propria mente. In casi di estrema disabilità metacognitiva, non identificano se stessi come agenti produttori dei loro stessi pensieri; oppure hanno difficoltà a identificare e descrivere le proprie emozioni e i pensieri, a costruire nessi causali validi logicamente e psicologicamente tra eventi, pensieri, emozioni, e a considerare da una prospettiva diversa una propria convinzione. Hanno poi difficoltà a ragionare sulle intenzioni degli altri (Langdon, Colheart, Ward, 2006). Se lo fanno, tendono a farlo in modo stereotipato, inflessibile. Questa difficoltà di comprensione mentalistica della mente dell'altro, associata al venir meno della connessione pre-riflessiva con l'altro – la *disaderenza* sopra menzionata –, fa perdere loro ogni possibilità di sostenere la complessità degli scambi relazionali. Inoltre, l'incapacità di comprendere la mente propria e altrui è un propellente dei sintomi, sia produttivi che negativi. Il paziente avverte un malessere sordo quando incontra gli altri, ma non ne decifra la natura. Non sa regolarlo. La mente degli altri, poi, gli è opaca. Tutto troppo difficile. Meglio ripiegarsi in sé, usando come involucro la solitudine di una stanza. Quella solitudine potrà fornire alimento a ruminazioni deliranti. Col tempo anche l'attivazione emotiva, pur dolorosa, che quelle ruminazioni recano, va soggetta a usura. Inizia il tempo dell'appiattimento affettivo. Vi sono conferme nei dati di ricerca: la compromissione della metacognizione è collegata nella schizofrenia a maggiore gravità dei sintomi (Kukla *et al.*, 2013; McLeod, Gumley, Schwannauer, 2015; Minor, Lysaker, 2014), e maggior livello di disfunzione sociale (Corcoran, Frith, 2003; Bora *et al.*, 2006; Brüne *et al.*, 2007; Lysaker *et al.*, 2008; Bell *et al.*, 2009; Lysaker *et al.*, 2009).



Con il paziente schizofrenico la psicoterapia può offrire la possibilità, alla maniera di una terapia fisica, di sviluppare nel tempo le capacità metacognitive (Lysaker, Buck, 2010). Evidenze preliminari circa l'efficacia di un trattamento basato sull'obiettivo di incrementare le capacità metacognitive provengono da studi su caso singolo, molti dei quali sono nati da una fruttuosa collaborazione tra il nostro gruppo e quello di Paul Lysaker dell'Indiana University (Lysaker, Buck, Ringer, 2007; Buck, Lysaker, 2009; Lysaker, Buck, Carcione *et al.*, 2011; Salvatore, Dimaggio, Lysaker, 2007; Salvatore *et al.*, 2008; Salvatore, Dimaggio, Popolo *et al.*, 2009).

Quarto punto: pazienti inizialmente molto deteriorati o disorganizzati possono recuperare una capacità di pensare se stessi e le proprie vite. Frammenti di narrazione possono connettersi a formare racconti sufficientemente coerenti.

Non scopriamo nulla. Ci limitiamo a restaurare verità vivide ma coperte dall'usura determinata da un'eccessiva medicalizzazione della condizione schizofrenica. Già Laing, per citare un esempio a cui gli autori sono legati, nel suo *Il sé diviso*, aveva mostrato come gli stati di profonda disorganizzazione sperimentati dai pazienti con schizofrenia possano essere compresi, e come gli atti linguistici apparentemente privi di significato ne abbiano invece in abbondanza se si sa dove e come cercarlo. I nostri pazienti potevano essere aiutati dal terapeuta a fornire resoconti sufficientemente dettagliati di un'esperienza, su cui il terapeuta poteva iniziare un'esplorazione degli stati interni, che rivelava puntualmente un'evidenza: i sintomi non si attivano per caso. Un paziente che soffre di allucinazioni, non allucina sempre. Le voci sono risposte a eventi interni o esterni dotati di un significato che al soggetto, a causa delle sue disfunzioni metacognitive, sfugge regolarmente. Lavorando intensamente con i pazienti con disturbi complessi di personalità, abbiamo compreso come una situazione attivante, letta attraverso la lente di copioni interni disfunzionali, generi dolore psichico sordo; questo dolore non viene compreso a causa di disfunzioni metacognitive gravi; e viene quindi gestito per default dall'economia psichica attraverso l'attivazione di particolari stati mentali e di comportamenti reattivi automatici che, visti dall'esterno, noi chiamiamo "disturbo di personalità". In base a un meccanismo sostanzialmente simile, determinate situazioni attivano nei pazienti che chiamiamo schizofrenici, sintomi che trovano un senso nella cornice intersoggettiva in cui emergono; nel gioco tra rappresentazione di sé e dell'altro che guida il loro rapporto col mondo.

Certo, la gravità dei sintomi, l'intensità della sofferenza soggettiva ad essi associata e la grave compromissione delle capacità metacognitive possono rendere molto più difficile ottenere un resoconto narrativo sufficientemente chiaro e dettagliato di un'esperienza da un paziente schizofrenico

di quanto lo sia con i pazienti affetti da disturbi di personalità; ma una volta raggiunto questo punto ci siamo resi conto che le operazioni da compiere non sono nella loro sostanza diverse da quelle che compiamo con i pazienti non psicotici: essenzialmente, esplorare insieme al paziente, nel modo più preciso e meno teorizzante possibile, emozioni, cognizioni, percezione di sé e degli altri; e poi la connessione stretta tra tali elementi dell'esperienza interna e l'attivazione dei sintomi. Il momento in cui il paziente riesce a condividere una storia (anche la storia che racconta ciò che accade dentro di sé quando va a comprare il pane e interagisce con il panettiere) è anche il momento in cui è possibile stabilire una connessione tra eventi attivanti, processi di elaborazione di significato guidati da schemi disfunzionali, sofferenza emotiva e attivazione contingente dei sintomi.

Infine, il quinto punto: nei modelli tradizionali, la terapia è intesa come un momento di scoperta, di *einsicht*, di contatto con parti vitali o dolorose del paziente. Certamente è così, ma più spesso la terapia è impegno teso ad affinare le competenze del paziente sul suo mondo interno, a migliorare le sue capacità di ascolto di sé, di riconoscere emozioni e desideri, di collegare tali stati mentali a eventi e circostanze della vita di relazione. Si tratta, in questi casi, di un lavoro meno da archeologo o da investigatore, e più da fisioterapista o da educatore. In una parte rilevante del nostro lavoro con i pazienti gravi la sfida consiste non tanto nel far sì che essi possano pensare diversamente, quanto nel rinforzare, sviluppare, far crescere – direbbe Bion (1967) – “l'apparato per pensare i pensieri”, cioè la metacognizione. Ora, il terapeuta TMI si pone entrambi gli obiettivi: vuole certamente far scoprire al paziente le strutture di significato nascoste che guidano la sua lettura degli eventi relazionali. Tuttavia sa che tale scoperta guidata richiede un apparato per pensare solido, ben sviluppato e articolato, che spesso i pazienti con schizofrenia, come vedremo meglio scorrendo i capitoli di questo libro, non hanno. Come faccio a comprendere che mi sento perseguitato perché sono invaso da sentimenti di vulnerabilità e che ciò mi porta a difendermi anticipando possibili aggressioni degli altri, focalizzandomi sul pericolo e commettendo un'infinità di “falsi positivi”, se non ho la consapevolezza che ho dei pensieri, che questi pensieri generano emozioni e sono a loro volta veicolati da emozioni, che i pensieri sono rappresentazioni soggettive del mondo e non una lucida constatazione dei fatti, che queste rappresentazioni guidano le mie letture del mondo e le mie risposte ad esso? L'idea di fondo è che il paziente debba raggiungere un particolare livello di maturazione metacognitiva prima che possa verificarsi l'apprendimento. Si intravede in filigrana, in questo discorso, il tema della riabilitazione: prima di fare operazioni complesse bisogna abilitarsi alle operazioni più semplici, quelle che noi diamo per scontate. Ad esempio, un paziente può non avere

la consapevolezza intuitiva di essere colui che produce i propri pensieri. Viene chiamato in causa, qui, il principio di gradualità, tipico della riabilitazione: si parte dall'abilità (mentalistica) che il paziente è in grado di padroneggiare e da qui si procede verso la Zona di Sviluppo Prossimale (Vygotsky, 1934), il grado immediatamente al di sopra di quello padroneggiato. Ma stiamo parlando di terapia o di riabilitazione? Stiamo, credo, superando tale distinzione, basata forse più su una consuetudine che non su una reale esigenza pragmatica e clinica. Secondo la felice definizione di Castelfranchi (1993), la riabilitazione è l'insieme delle prassi volte a restituire potere al paziente. In questa ottica, essa è finalizzata a incrementare tanto i poteri "interni", come capacità strumentali e abilità sociali, quanto i poteri "esterni", come il supporto sociale e le relazioni intime. La *Cognitive Remediation* (Isaac, Januel, 2016) è un esempio di riabilitazione di poteri interni, mentre la *Mental Health Advocacy* (Carr, 2014), assai diffusa nei paesi anglofoni, dei poteri esterni. Nella TMI si cerca, fin dalla prima seduta, di sviluppare una particolare classe di poteri interni, il potere di comprendere il funzionamento della propria mente, al fine di regolarla in maniera efficace e permettere al paziente di agire in maniera sintonica e flessibile nell'arena sociale, facilitandogli così l'accesso ai poteri esterni.

Nel complesso, l'obiettivo principale della terapia metacognitiva interpersonale, per i disturbi di personalità come per la schizofrenia, è quello di promuovere progressivamente la metacognizione e la consapevolezza delle forme problematiche di esperienza soggettiva e degli schemi che guidano il comportamento sociale (Dimaggio *et al.*, 2009). Come abbiamo già fatto per i disturbi di personalità, descriviamo una procedura passo dopo passo, formalizzata in dettaglio nelle sue componenti e con regole di transizione precise che guidano il clinico nel decidere se, quando e con quale razionale procedere da un passo al successivo.

Nei primi due capitoli di questo manuale presentiamo quelli che consideriamo gli elementi della patologia che saranno oggetto di trattamento. Il primo capitolo descrive gli aspetti rilevanti che sostengono la patologia schizofrenica, ossia la disaderenza al contesto, le alterazioni del discorso, che definiamo povertà e disorganizzazione narrativa, gli schemi interpersonali patogeni, i cicli interpersonali disfunzionali.

Nel secondo capitolo forniamo un'ampia trattazione del costruito della metacognizione e delle sue relazioni con la patologia schizofrenica.

Nel terzo capitolo illustriamo prima alcune regole generali alla base della procedura, e poi una sintesi della sequenza degli interventi che la compongono. Identifichiamo infine i marker che segnalano il progresso della terapia, e quindi se è possibile e opportuno passare a interventi più complessi.

Il quarto capitolo si focalizza sulla relazione terapeutica con il paziente affetto da schizofrenia. Mostriamo come il terapeuta lavora sulla disaderenza quando essa si presenta in seduta, come stabilisce un clima positivo della relazione, come interviene sulle rotture.

Il quinto capitolo racchiude gli interventi che il terapeuta compie sui sintomi attivi e sulla sofferenza da essi causata quando il paziente non riesce a rievocare narrativamente i contesti e gli eventi attivanti da cui essi hanno preso forma. Descrive inoltre come il terapeuta lavori per promuovere i requisiti metacognitivi basici relativi alla capacità di comprendere la propria mente, e come intervenga per risolvere i problemi intrinseci del discorso del paziente che ostacolano la narrazione.

Il sesto capitolo mostra come il terapeuta interviene sui sintomi quando il paziente riesce a collocarne l'emergenza all'interno di un episodio narrativo, e su tale base può guidarlo nell'esplorazione degli eventi, dei pensieri e delle emozioni antecedenti l'emergenza del sintomo.

Il settimo capitolo illustra gli step che il terapeuta compie per promuovere le funzioni metacognitive di livello più avanzato, ossia come il terapeuta promuove: a) la consapevolezza dello schema generale di funzionamento e del nesso tra tale schema ed esordio e mantenimento dei sintomi, b) la comprensione della mente altrui e dei cicli interpersonali, c) le strategie avanzate di gestione della sofferenza emotiva, dei sintomi, e delle difficoltà nel funzionamento sociale, d) l'accesso a parti potenzialmente sane e nuove del sé, attivabili per esempio attraverso una graduale esposizione sociale.

## **Ringraziamenti**

Un profondo ringraziamento a Luisa Buonocore, Nicoletta Manfredi, Antonella Pallotta, Mariagrazia Proto, Anna Sateriale, Marianna Serio, Laura Vitagliano.

Colleghe insostituibili. Senza il loro paziente lavoro di editing questo volume sarebbe stato tra le vostre mani più o meno l'anno prossimo.