

## **CAPITOLO SECONDO**

### **PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI**

---

#### **F) METODOLOGIA**

##### **UN CENTRO DIURNO PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA: UN'ESPERIENZA AD ORIENTAMENTO COGNITIVO**

##### ***A DAY CENTRE FOR PSYCHIATRIC REHABILITATION: A COGNITIVE ORIENTED EXPERIENCE***

**Rosalba Spadafora**

*Dirigente Psichiatra di I° Livello, Responsabile del  
Centro Diurno di Colferro (ASL RM G)*

---

UN CENTRO DIURNO PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:  
UN'ESPERIENZA AD ORIENTAMENTO COGNITIVO

---

**Riassunto**

La funzione metacognitiva è frequentemente deficitaria nei pazienti con psicosi cronica o gravi disturbi di personalità.

L'articolo illustra un programma terapeutico riabilitativo che mira al potenziamento della funzione metacognitiva, svolto presso il Centro Diurno di Colleferro.

**Parole chiave:** *Centri Diurni, riabilitazione psichiatrica, funzione metacognitiva*

**Abstract**

Metacognitive function is frequently impaired in the patients with chronic psychosis or serious personality disorders.

The paper refers to a cognitive oriented program, specifically designed to improve the metacognitive function in the Day Centre of Mental Health Department of Colleferro.

**Key words:** *Day Centre for Mental Health, psychiatric rehabilitation, metacognitive function*

## 1. Introduzione

Il programma riabilitativo del Centro Diurno di Colferro è, da poco meno di un anno, in fase di rielaborazione, tale programma si sta sempre più definendo in una cornice teorica di stampo cognitivista.

Nel corso di questi mesi hanno avuto contatto con il Centro Diurno trenta pazienti, di età media 37 anni, 11 femmine e 19 maschi, di questi 25 con diagnosi di disturbo schizofrenico, 5 con diagnosi di disturbo di personalità.

Numerose evidenze sono a sostegno del fatto che un approccio mirato a migliorare la consapevolezza dei propri processi psicologici e la padronanza cognitiva dei propri problemi contribuisca a migliorare l'adattamento sociale ed espone i pazienti a minor rischio di recidive.

Vi sono numerosi studi a sostegno del fatto che i pazienti con gravi disturbi psicopatologici hanno un deficit nella capacità di riconoscere i propri stati mentali e quelli degli altri e tale deficit si estende alla capacità di utilizzare tali conoscenze per predire il proprio e l'altrui comportamento. Tale capacità costituisce una competenza cognitiva distinta, peculiare della specie umana ed acquisita secondo tappe maturative (CHELI, CANTELMINI, 1998).

Solo l'essere umano possiede una coscienza di ordine superiore, caratterizzata da funzioni cognitive e metacognitive: la capacità di rappresentare i propri stati mentali e quelli degli altri è una funzione cognitiva, averne padronanza e capacità di "gestione" attiene al dominio della conoscenza e dei processi di controllo metacognitivi.

I pazienti con gravi disturbi psicopatologici presentano un deficit sia delle funzioni cognitive che di metacognizione, ciò in qualche modo impedisce loro di farsi carico delle proprie decisioni, di "pensare" il proprio pensiero e di prevedere le conseguenze dei propri pensieri sui comportamenti.

In accordo con la definizione di Carcione e coll. (CARCIONE, FALCONE, 1999) la funzione metacognitiva è la *"capacità dell'individuo di compiere operazioni cognitive euristiche sulle proprie e altrui condotte psicologiche, nonché la capacità di utilizzare tali conoscenze a fini strategici per la soluzione di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali fonte di sofferenza soggettiva"*.

Tale funzione non coincide con l'insight, ma è costantemente attiva nel regolare il comportamento, è sostanzialmente pratica e svolge un ruolo determinante nel mantenimento dell'equilibrio psicologico, inoltre non è sovrapponibile al concetto di "teoria della mente".

---

L'acquisizione della "teoria della mente" è una competenza che si individua intorno al 4° anno di vita e che comporta la capacità di riconoscere i propri e altrui stati mentali e di prevedere sulla base di questi il comportamento: un individuo può possedere una teoria della mente adeguata, ma non essere in grado di riflettere su di essa e di utilizzarla a fini strategici (CAMAIONI, 1995).

## 2. Il Centro Diurno come “laboratorio permanente”

L'esempio che riporto è quello di una nostra paziente di 50 anni (SPADAFORA, CANTELMINI, 1999), affetta da Disturbo Schizofrenico di tipo Disorganizzato, coniugata, che per alcuni anni, in giovane età, ha lavorato come maestra, l'esordio della malattia è avvenuto in un'epoca non ben precisabile.

È giunta alla nostra osservazione quando il marito è andato via di casa e i familiari hanno avuto modo di aiutarla. A distanza di sei mesi dal fatto così lei commentava l'accaduto: "*...mi sembra una cosa di cattivo gusto, era mezzanotte, si è seduto sul letto (il marito) e mi ha detto vado via perché ho un'altra; non so che pensare, non ci ho capito niente*", e alle domande sul suo stato emotivo risponde "*...mah! Davvero non saprei che cosa dire*". Da quanto i familiari raccontano, fino all'epoca del matrimonio, a 24 anni, la paziente ha studiato e ha intrapreso la relazione sentimentale con l'uomo che ha sposato; verosimilmente ha sviluppato una teoria della mente in un modo adeguato, l'insorgenza del disturbo psicopatologico ha determinato la perdita della capacità di inferire sui contenuti di pensiero, i comportamenti, le intenzioni altrui e, inoltre, ha inficiato la capacità di riflettere sui contenuti epistemici ed emotivi della propria mente.

Non sappiamo quale grado di funzionamento metacognitivo ella avesse raggiunto prima di ammalarsi, sappiamo però che per tanti anni ha vissuto in uno stato di relativo isolamento sociale ed è all'interno di relazioni che si affina la qualità di questa funzione.

Dopo sei mesi di partecipazione al programma del Centro è la pz stessa che, nel corso di una seduta di gruppo, descrive il suo deficit. L'argomento di discussione era quale ruolo ogni componente del gruppo avrebbe desiderato avere per un giorno: la pz risponde "*l'azzeccagarbugli...mi piacerebbe capire le situazioni, cosa passa nella mente delle persone in modo da dire e fare la cosa giusta*", così l'espressione "azzeccagarbugli" non equivale per lei ad avvocato, ma fa proprio riferimento alla capacità di comprendere, dirimere, indovinare i

---

"garbugli" della mente altrui per poter emettere un comportamento adeguato.

C. Frith (FRITH, 1995) ha delineato un modello cognitivo unitario delle caratteristiche della schizofrenia ed ha suggerito l'esistenza di un difetto di un meccanismo consapevole che è la capacità di metarappresentare.

Tale anomalia si esprime nel disturbo dell'azione intenzionale ovvero della consapevolezza dei propri obiettivi, nel disturbo della capacità di autocontrollo, conseguente all'assenza di consapevolezza delle proprie intenzioni, nel disturbo del controllo delle intenzioni altrui. L'accogliere un tale modello permette di intervenire in un ambito di consapevolezza in cui il lavoro intersoggettivo permette non solo di attivare e ricostruire le funzioni cognitive, ma anche di vicariare le funzioni metacognitive deficitarie.

I Centri Diurni possono rappresentare un contesto di elezione per tale intervento terapeutico, per la maggioranza dei pazienti che lo frequentano sono il principale luogo di socializzazione e possono essere, quindi, un laboratorio permanente entro cui ritrovare il proprio livello di funzionamento metacognitivo o avere la possibilità di innescare tale processo.

### **3. La funzione terapeutica come “vicariante”**

La psicoterapia cognitiva offre un discreto grado di adattabilità e permette di orientare gli interventi in modo flessibile e plastico rispetto ai bisogni dei pazienti.

Partendo, quindi, dall'assunto teorico che nei pazienti schizofrenici esista un deficit della funzione metacognitiva, in accordo con il modello di Frith il programma tiene conto dei tre deficit principali: il disturbo dell'azione intenzionale, il disturbo della capacità di autocontrollo, il disturbo nel controllo delle intenzioni altrui.

Parte del disturbo intenzionale è la carenza di scopo o la difficoltà di rappresentazione di uno scopo ed è in questa direzione che si avvia il progetto terapeutico, in altre parole non deleghiamo all'inviante o al paziente stesso la costruzione di una "motivazione" alla frequenza del Centro, ma la inseriamo tra i nostri obiettivi terapeutici.

Il contesto interpersonale del Centro fornisce una prima rete di riferimento entro la quale coordinarsi, lo spazio riservato all'assemblea, i laboratori, l'esplicitazione di obiettivi comuni di ordine pratico, fornisce

---

UN CENTRO DIURNO PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:  
UN'ESPERIENZA AD ORIENTAMENTO COGNITIVO

---

ai pazienti uno stimolo alla non accettazione passiva di quanto è possibile fruire presso la struttura e, anche per una sorta di fenomeno imitativo, genera una partecipazione più attiva e vicaria il deficit di rappresentazione degli scopi.

I pazienti schizofrenici hanno difficoltà a concentrarsi sulle informazioni utili per la soluzione di un compito (GOLD et al, 1992), queste ed altre difficoltà cognitive si affrontano mediante l'utilizzo di spazi strutturati a frequenza settimanale dedicati alla lettura e commento del quotidiano, ai laboratori artigianali, all'attività sportiva, attività volte a migliorare le capacità motorie, di coordinazione e attenzione. Vengono, inoltre, effettuati due incontri di gruppo, condotti da due operatori, per incrementare e sollecitare la capacità di gestione di abilità nella cura di sé, della casa, nella gestione del danaro, nei rapporti con i fornitori di servizi. Inoltre, ogni attività organizzata prevede la verbalizzazione da parte di un paziente, così da richiedere uno sforzo di attenzione e concentrazione che, ancora una volta, interviene sul potenziamento e sull'organizzazione di una funzione cognitiva, questo verbale viene letto e discusso con la focalizzazione sui punti principali, eventualmente anche non riportati, omessi o frammentari.

Ampliando le tesi di Frith, presso il III° Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma è stata elaborata una scala di valutazione della metacognizione (SEMERARI, 1999) che prende in esame tre sottoclassi della funzione metacognitiva: l'autoriflessività (capacità dell'individuo di rappresentare eventi mentali e di compiere operazioni cognitive euristiche sul proprio funzionamento mentale); la comprensione della mente altrui\decentramento (capacità di rappresentare eventi mentali e compiere operazioni cognitive euristiche sugli stati mentali altrui \ capacità di fare questa operazione decentrando, ovvero riuscendo ad assumere il punto di vista di un altro senza essere necessariamente coinvolto nella relazione); mastery (capacità di rappresentare ambiti psicologici in termini di problemi da risolvere e di elaborare strategie a differenti livelli di complessità).

Il nostro programma prevede l'intervento su queste aree mediante tre incontri di gruppo a frequenza settimanale: uno, condotto da due infermiere, prevede il racconto delle esperienze settimanali al di fuori del Centro, mira a potenziare la capacità di gestione dell'abilità sociale mediante lo stimolo all'autoriflessività. Si avvale dell'uso di una telecamera, con brevi riprese della situazione interpretata dai componenti del gruppo e rivista in video, ciò stimola, vivacizza la discussione e favorisce l'autoosservazione. Tale esperienza facilita anche

---

UN CENTRO DIURNO PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:  
UN'ESPERIENZA AD ORIENTAMENTO COGNITIVO

il "decentramento": in un clima di gioco è più facile provare a vedere le cose dal punto di vista altrui e non si può negare che la condivisione di tanto tempo e spazio insieme faccia assumere agli operatori il ruolo di importanti punti di riferimento.

Gli altri due gruppi sono condotti da me, uno in forma assembleare con tutti gli operatori presenti, l'altro con la partecipazione di due infermiere a turno e aperto solo ai pazienti che partecipano al programma completo.

Questa parte del programma prevede il lavoro sulla funzione di mastery (promuovere la capacità di affrontare i propri stati di sofferenza psicologica come problemi da risolvere) (LALLA, 1999).

La partecipazione all'assemblea è il primo inserimento in una forma di terapia di gruppo, gli altri pazienti hanno già sperimentato come l'attenzione degli operatori sia finalizzata ad accogliere il nuovo paziente, e come i loro stessi tentativi di accoglimento siano stati stimolati.

Il paziente, se in grado di farlo, o un operatore, illustra sinteticamente il motivo per cui è stata richiesta la frequenza del Centro. Un nuovo ingresso costituisce l'occasione per sperimentare le abilità interpersonali acquisite dal gruppo e l'accoglienza da parte di quest'ultimo è fonte di rassicurazione per il nuovo arrivato. L'obiettivo perseguito è quello di far utilizzare, quale supporto interpersonale, non solo la rete di operatori, ma anche il gruppo dei pazienti, ciò ha anche la funzione di stimolare la conoscenza reciproca dei problemi presentati, il riconoscimento di somiglianze e differenze nell'esperienza di fasi attuali o passate della malattia.

Ma osserviamo un paziente al suo primo contatto con il Centro: gli viene richiesta una frequenza definita, sia pure molto flessibile, nelle prime settimane. Per un individuo che ha difficoltà a relazionarsi con l'esterno non è di immediata comprensione come tutto ciò che vede lo possa aiutare, in alcuni casi si aggiungono nuovi elementi di minaccia ad un vita già "in trincea". In questa prima fase uno degli operatori svolge una funzione di "accompagnamento" con una presenza attenta e discreta sostiene gli sforzi del paziente, tampona eventuali tensioni con gli altri ospiti. Gli incontri individuali vengono effettuati in una prima fase diagnostica, di definizione del problema e del contratto terapeutico, su specifiche problematiche che si presentino nel tempo e per verifiche periodiche del progetto terapeutico.

Nell'altro incontro di gruppo definito come "gruppo incontro" si lavora soprattutto sul riconoscimento dei propri e altrui stati emotivi. Un elemento affascinante è come alcuni pazienti, nel corso del tempo,

UN CENTRO DIURNO PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:  
UN'ESPERIENZA AD ORIENTAMENTO COGNITIVO

---

comincino a riconoscere degli aspetti di concretezza del proprio pensiero, divengano consapevoli di certe carenze emotive, non di ciò che non possono avere, ma di ciò che non possono dare, e come possano però divenire più abili a riconoscere questi stati mentali negli altri e a interpretarli correttamente. Ciò senz'altro contribuisce a potenziare il decentramento e indebolisce una delle condizioni necessarie al mantenimento e all'instaurarsi del disturbo delirante (NICOLO', 1999).

#### 4. Conclusioni

Il programma terapeutico descritto dovrà essere sottoposto a ulteriori verifiche di efficacia, siamo consapevoli che i risultati, quando raggiunti, devono essere sottoposti a una "prova da carico" e di "tenuta" all'esterno, ma siamo altrettanto consapevoli del fatto che uno dei compiti istituzionali di un Centro Diurno debba essere anche quello di farsi carico di un progetto più ampio di incanalamento del paziente nella vita sociale.

All'interno del Centro si raccolgono utili indicazioni su come orientare il lavoro, nessuno meglio del singolo paziente, se messo nella condizione di poter esprimere il suo punto di vista, può dare informazioni su quali siano gli aspetti della conoscenza di sé su cui lavorare, il terapeuta dovrà suggerire alcune strategie di intervento, altre saranno i pazienti stessi a darle, ogni occasione sarà utile per sperimentare e verificare. Naturalmente il lavoro degli operatori dovrà essere coordinato nella stessa direzione, non solo nelle attività strutturate, ma in ogni momento della giornata trascorsa al Centro.

Ciò richiede soprattutto la condivisione del punto di vista teorico che determina tutto l'approccio al paziente.

#### Bibliografia

CAMAIONI L., (a cura di) *La teoria della mente. Origini sviluppo e patologia*, Laterza, Roma-Bari 1995

CARCIONE A., FALCONE M., "Il concetto di metacognizione come costruito clinico fondamentale per la psicoterapia", in *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, A. Semerari (a cura di), R. Cortina ed., Milano 1999

---



UN CENTRO DIURNO PER LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:  
UN'ESPERIENZA AD ORIENTAMENTO COGNITIVO

---

CHELI C., CANTELMÌ T., "Teoria della mente e psicopatologia dell'età adulta", *L'Altro*, I, n. 1, 10-19, 1998

FRITH C. D., *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*, R. Cortina ed., Milano 1995

GOLD J. M., et al. "The performance of patients with schizophrenia on the Wechsler Memory scale-revised", *Clin. Neuropsychologist*, 6, 4, pp. 367-373, 1992

LALLA C., "La promozione della funzione metacognitiva attraverso l'uso delle tecniche cognitive standard", in *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, A. Semerari (a cura di), R. Cortina ed., Milano 1999

NICOLÒ G., "Deficit di decentramento ed ideazione delirante", *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, A. Semerari (a cura di), R. Cortina ed., Milano 1999

SEMERARI A., (a cura di) "Appendice", in *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, A. Semerari (a cura di), R. Cortina ed., Milano 1999

SPADAFORA R., CANTELMÌ T., "Centri Diurni ad orientamento cognitivo: metacognizione e processi riabilitativi", relazione al III° Congresso Nazionale del Coordinamento dei Centri Diurni, Roma 1999