

# Terapie in adolescenza tra la parola e il corpo

**Pavia 26-27 ottobre 2018**

**Gli interventi nella realtà territoriale tra  
l'agire ed il pensare**

**dr.ssa Patrizia Conti, dr.ssa Silvia Molteni  
UOC NPIA, ASST Lariana**



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

Dal documento: **Bisogni, risposte e linee di miglioramento possibili nell'ambito dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza in Lombardia (milano dicembre 2017)**

-**incremento accessi** dal 2008 al 2016 (dal 4% al 7% della popolazione 0-18, aumento del del 75%)

-**incremento diagnosi precoci** i progetti regionali hanno attivato percorsi prioritari su autismo e disabilità complesse

-**incremento disturbi neuropsicologici e meno disturbi emotivi** dalla legge 170 invasione di DSA

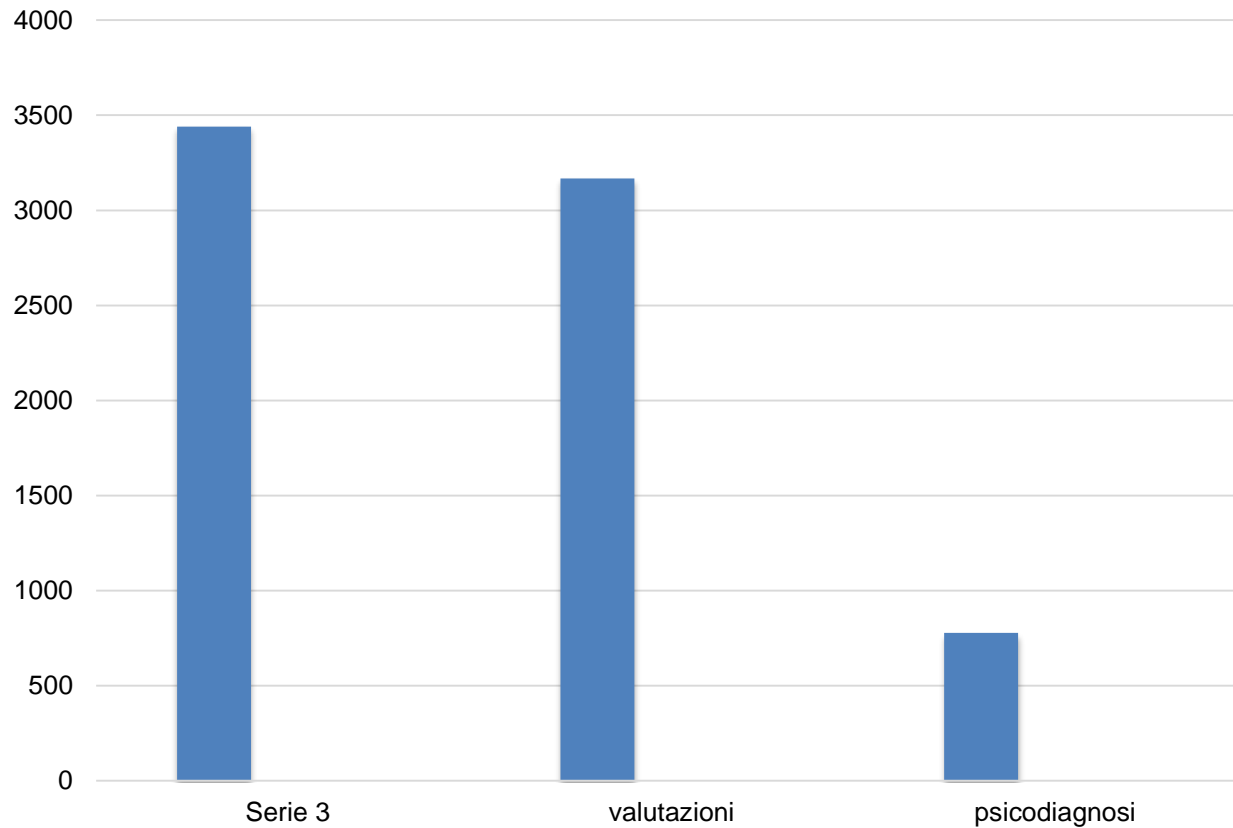
-**miglioramento tecniche riabilitative** più riabilitazione, meno terapia psicologica

-**meno prestazioni per utente, meno attività indirette** (riunioni, rete)

**I servizi sono orientati verso le valutazioni e le riabilitazioni precoci che si avvalgono prevalentemente di prestazioni dirette sul minore e sulle sue funzioni**

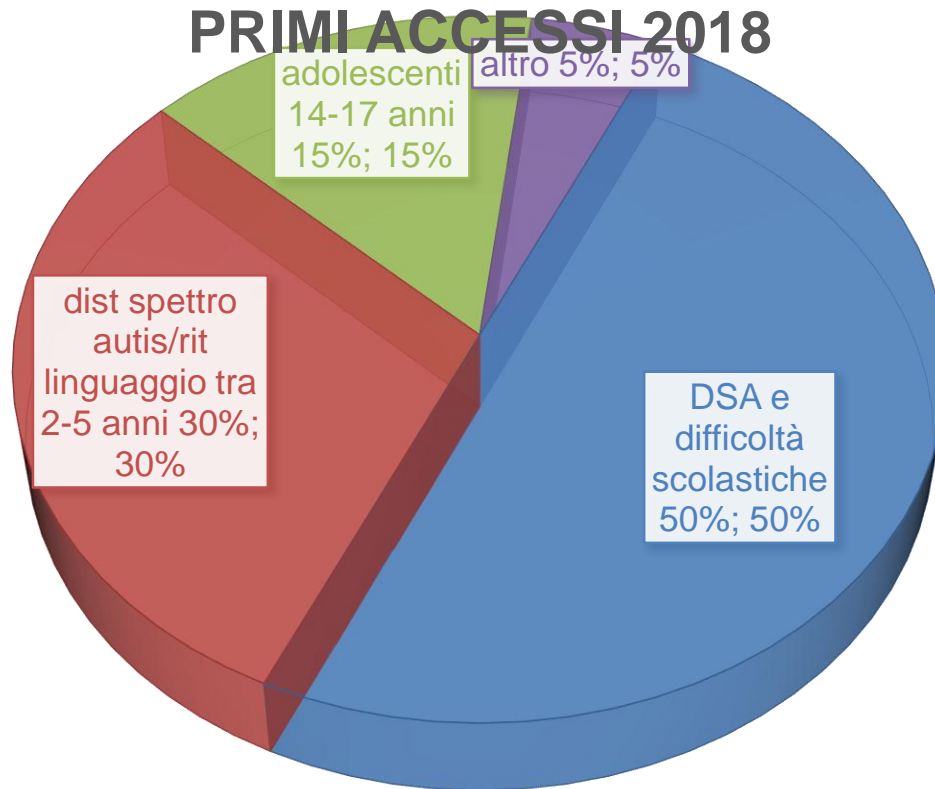
# UOC NPIA – ASST Lariana

Da gennaio a agosto 2018



## UOC NPIA – ASST Lariana

### PRIMI ACCESSI 2018



## **MANDATO ISTITUZIONALE NPIA AMBULATORIALE**

**Dal DGR 2008 su linee di indirizzo per la NPIA: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico, neuropsicologico**

**Dal DRG 2008: processo di presa in carico per l'età evolutiva pone il minore al centro delle iniziative di cura, tutela, promozione della salute**

**Regole regionali 2018 percorsi di presa in carico che garantiscano la continuità di cura**

**Presa in carico è un modello di lavoro che rappresenta il contenitore della relazione di aiuto verso il minore e la sua famiglia finalizzato a raggiungere la migliore qualità di vita possibile**

## **Presa in Carico: allarga il focus**

- **relazione con la famiglia**
- **affiancamento al percorso di crescita e di maturazione del minore**
- **proposta di interventi a differente intensità di cura e differenziati in base ai bisogni riabilitativi e terapeutici che emergono durante lo sviluppo**

**erogata da equipe multidisciplinare, garantisce la valutazione dei deficit/disagi e delle risorse secondo prospettive differenti per arrivare ad quadro di diagnosi e funzionamento articolato che tenga conto della patologia e del soggetto con la sua unicità e del suo ambiente di vita**

## 2014 i CAMS inglesi funzionano meglio

- attive **discussioni dirette** sui casi in cui prospettive multiple entrano nel processo diagnostico tenendo conto di tutti i punti di vista compresi quelli dei genitori
- discussioni sui **risultati negativi** diventano il punto di partenza per sviluppare nuovi apprendimenti sul campo del gruppo di lavoro
- luoghi e tempi codificati per discussioni dove **valorizzare le incertezze** come punto di partenza per apprendere ed incrementare la collaborazione

## Spazi di pensiero come elemento di qualità e di cura

Moniello (2001) l'ambiente istituzionale per rendersi terapeutico deve tendere a costituirsi come «sito analitico allargato».

E' la partecipazione dell'intero **gruppo di curanti** alla costituzione di un luogo di possibile insediamento dello sviluppo della vita psichica, a svolgere **un'azione terapeutica**

**Azione terapeutica:** intreccio tra riabilitazione e interventi sulla relazione, madre/figlio, genitori/curante, tra curanti, tra servizi

Perché la riabilitazione diventa una terapia e renda migliore la qualità della vita è necessario occuparsi dei corpi sofferenti di bambini ed adolescenti e della mente loro e dei genitori e dell'ambiente di vita



## **peculiarità del lavoro nei servizi**

**Lavoro in cooperazione, collaborazione e in rete con enti e servizi che girano attorno al minore e alla sua famiglia**

**-Rischio di frammentazione, conflitti, confusione**

**-Corredo di risorse e forze da mettere in campo a favore di minore famiglia e servizi stessi**

**Essere in rete può aiutare a contenere la nostra impotenza, a gestire le proiezioni distruttive di pazienti e famiglia, a tollerare il contatto con le loro esperienze traumatiche**

## Equipe multidisciplinare e gruppo curante

Moniello (2001) ci avvisa che: **chi lavora nei servizi è sottoposto ad eventi e vissuti** catastrofici per i quali navighiamo sempre su zattere precarie in mari tumultuosi a causa dell'inadeguatezza della mente, dispositivo troppo recente nella scala dell'evoluzione e quindi molto imperfetto

**Una equipe multidisciplinare per essere un gruppo curante deve potersi prendere cura di se stessa**

L'equipe multidisciplinare ambulatoriale si trova a giocare la sua partita della presa in carico su tre scenari di lavoro

- Lavoro sul minore e la famiglia
- Lavoro di rete con enti del territorio
- Manutenzione del gruppo di lavoro

Lowe (2012) propone un **modello di presa in carico** su 3 livelli

1° rappresenta il livello fondamentale, quello dove si situano i **fondamenti della cura**, interventi che lui colloca sull'ambiente (scuola, ambiente di vita) ed io trasferirei sull'ambiente di cura cioè sulla manutenzione della équipe curante perché mantenga attiva la vitalità e la fiducia nel nostro lavoro, e lo sguardo verso il bambino che si cela dietro la diagnosi e la disabilità e verso l'amore genitoriale ferito e schiacciato dalla rabbia

2° lavoro con genitori e servizi che può evitare a volte di attivare il livello successivo

3° lavoro diretto sul minore

.....**A proposito delle fondamenta del servizio**

**Anche Petrella (2013) propone un modello di gestione del servizio su 3 livelli**

**1° strutturazione psicodinamica del servizio (fondamenta) attivando una cultura psicodinamica (supervisioni, letture, discussioni sulla definizione di percorsi clinici etc); un contenitore attento al gruppo di lavoro**

**2° strutturazione degli interventi sulla base di indicazioni emerse nelle discussioni sul caso**

**3° organizzazione delle psicoterapie (di che tipo, per quali pazienti con che frequenza)**

## L'orientamento psicomodinamico del servizio

Jeammett: l'equipe che dal corridoio intercetta i genitori in crisi o il paziente attaccante e sfidante e fornisce risposte contenitive accoglienti e di ascolto rispettoso. L'orientamento psicomodinamico del servizio fornisce un contenimento su tutti i livelli:

- Lavoro del gruppo curante, fornisce sostegno al terapeuta e al terapeuta

- Favorisce diagnosi articolate e progetti di intervento integrati soprattutto nei casi in cui prevalgono le criticità, l'impotenza e gli agiti

## Gruppo curante

### **Ostaggio della patologia**

E' facile essere assorbiti dai corpi sofferenti (paralisi, ritiri, rituali, agiti autolesivi, anoressie etc) e rispondere sull'urgenza sul corpo per attivarlo nel movimento possibile, nell'uscire da casa, nel riprendere a mangiare o per bloccarlo dagli agiti, dal moto incessante dei rituali etc

**Schiacciato da liste d'attesa**, richieste urgenti, aspettative delle scuole etc.

Ci siamo fermati e ci siamo resi conto

Alcune riabilitazioni erano quasi infinite

Alcune psicoterapie individuali venivano rifiutate, altre non sortivano effetto

I genitori inviati altrove non lo accettavano

I pazienti «ritirati» che non riuscivano ad accedere al servizio si perdevano

**Ci siamo resi conto che recuperare l'orientamento psicodinamico poteva aiutarci**

- era già stato patrimonio di alcune aree del servizio dove in passato erano stati attivati seminari di infant observation e supervisioni cliniche da parte di psicoanalisti**
  - era nelle corde professionali e formative di molti di noi**
  - ci può sostenere nel crescere come gruppo curante al lavoro**
  - ci può indirizzare verso interventi calibrati sui bisogni, ma anche sulle reali risorse dei pazienti, ma anche nostre**
- e' necessario lavorare non solo con il minore ma soprattutto con le famiglie che si presentano sempre più come l'elemento principale della «crisi» in tutte le patologie e in tutte le età**

## **Obiettivi del nostro intervento in termini psicodinamici**

- trasformazione di agiti e comportamenti verso livelli di comprensione e pensiero
- riattivazione della speranza
- contenimento delle spinte aggressive che sono una spinta propulsive dello sviluppo, e spesso diventano l'arma che schiaccia il pensiero espressione del disperato disinvestimento sulla vita
- far emergere segni della soggettività, ricavandola anche dall'impronta lasciata su quanti interagiscono con lui (Bonfiglio 1999)
- rispondere a crisi nel sistema familiare



## Strumenti del nostro intervento in termini psicodinamici

### -Strumenti

- Ascolto rispettoso dei linguaggi usati dai pazienti
- Tolleranza dei tempi dell'incontro e uso del tempo dell'attesa
- Tolleranza del dubbio e dell'incertezza di quello che accade, essere vicini a pazienti nel sopportare i dubbi e l'assenza di senso – capacità negativa
- Fiducia sul lavoro terapeutico, tollerando attacchi e squalifiche
- Ricerca senso

Dopo questo viaggio tra esperienze europee e letture ....

Come metter insieme le «carenze strutturali»: aumento delle richieste, riduzione delle prestazioni possibili per utente, con la necessità di assicurare una qualità di offerta sufficiente?

Come suggerito dalla letteratura

Incrementiamo le **attività indirette**

sia interne che nella rete con i servizi

- discussione clinica del caso in microequipe
- supervisione clinica in un gruppo allargato interno
- Incontri di monitoraggio con enti e servizi

l'obiettivo: costruire dei percorsi condivisi efficaci e possibili e sostenere il gruppo di lavoro creando coesione e integrazione tra saperi e interventi

Incrementiamo **attività dirette** allargate ai genitori (consultazioni partecipate), domiciliari, psicoeducativi, a volte insieme ai servizi

Su tutto il tentativo di costruire un percorso di cura vicino ai bisogni di pazienti e famiglia aiutati dalla **lettura psicodinamica** di sintomi, bisogni, difese, limiti e risorse per portare avanti progetti possibili

## .....Quali sono i progetti possibili?

Paola Carbone (2016) ce ne descrive uno nel suo articolo «**psicoanalisi senza paziente**» in cui decide di aiutare i genitori di M. ad aiutare rispettando il rifiuto del loro figlio bloccato in casa, aggressivo, inappetente con minacce suicidarie.

L'approccio si fonda sui seguenti assunti

- Figlio come oggetto interno dei genitori, parte di sé idealizzata e deprivata proiettata sul figlio.
- Rispetto delle difese. Il figlio ritirato può rappresentare una parte inaccettabile dei genitori sequestra in casa.
- La trasmissione transgenerazionale non è un fenomeno automatico, anche il figlio di una famiglia inadeguata resta soggetto e autore della propria vita psichica (CAHN)
- I genitori sono capaci di autentico amore anche sotto il narcisismo ferito ed i blocchi identificatori
- Essere riconosciuti come potenziali terapeuti lenisce la ferita narcisistica ed i sensi di colpa e mobilita le risorse
- Questo setting offre un primo spazio di separazione per distinguere se stessi dal figlio
- I genitori dei pazienti gravi non tollerano che il figlio, parte di loro stessi, venga in contatto con il terapeuta fuori dal loro controllo

.....Quali sono i progetti possibili?

La dr.ssa Silvia Molteni ci illustra delle vignette cliniche tratte dall'esperienza nel nostro servizio, nell'ambulatorio adolescenti di Cantù

## **IL CASO DI VITTORIO: SUL CIGLIO DELLA FINESTRA**

VITTORIO, 15 ANNI e 10 mesi

Primo accesso UONPIA: 8 anni per «difficoltà attentive, di concentrazione e relazionali»



Complessa storia familiare: non riconosciuto dal padre («l'inganno della madre»)  
Nonni materni «genitori»

Pregressi interventi attivati: psicoterapia individuale ad indirizzo dinamico a cadenza settimanale per Vittorio dal 2012 al 2017  
colloqui di sostegno alla madre

### **INVIO ALL'AMBULATORIO ADOLESCENTI CANTU':**

GIUGNO 2018: riattivazione UONPIA richiesta dalla madre e dalla scuola dopo intervento di segnalazione a TM da parte della scuola per plurimi ed ingravescenti episodi di agiti eteroaggressivi verso oggetti e persone e tentativi di defenestrarsi in ambito scolastico

Già effettuati diversi tentativi di aggancio presso la NPIA rifiutati da Vittorio

## **SFIDE ALLA PRESA IN CARICO: esserci, non agire, tenere vivo il pensiero clinici**

- Necessità di non controagire il senso di impotenza e la richiesta di soluzioni magiche e istantanee
- Avviare l'alleanza nel rispetto del rifiuto
- Costruire un intervento di supporto all'intero nucleo familiare in crisi
- Entrare nelle dinamiche familiari in maniera non giudicante
- Preservare le aree di funzionamento (scolastico) minacciate dalla disfunzionalità degli agiti
- Allargare il campo (sia in Vittorio che nella presa in carico)
- «Sopravvivere» al senso di impotenza
- Necessità di non sentirsi soli nella presa in carico
- Andare oltre il delirio attraverso il delirio

## **PRESA IN CARICO: contenitore relazionale coerente e tenuto insieme dal pensiero attivo su ricerca di senso e analisi delle angosce circolanti**

Setting flessibile: la stanza affollata, l'accesso in PS come setting di cura

Progetto di cura : 1) incontri educatore NPI-Vittorio, madre, nonni a cadenza settimanale

2) Raccordi con la scuola:

Incontro con preside, referenti H a luglio

Incontro con preside, referenti H e intero consiglio di

a Settembre

Raccordi settimanali con educatrice scolastica  
e insegnante sostegno

3) intervento familiare domiciliare educatore UONPIA  
a cadenza settimanale

4) Raccordo circa quindicinale o, al bisogno, con AS

## **SUPERVISIONI ED INCONTRI DI EQUIPE DI DISCUSSIONE**

## **BILANCIO ATTUALE : presa in carico come percorso di ricerca**

- Dal rifiuto della presa in carico al bisogno di cura
- Dall'investimento polarizzato in una relazione amicale simbiotica alla verbalizzazione di bisogni di relazione plurimi
- Dalla posizione minacciosa aggressiva onnipotente alle angosce di perdita, senso di vergogna e vissuti di annichilimento
- Riduzione progressiva degli agiti aggressivi fisici sia a casa che a scuola così come dei tentativi di defenestrarsi con maggiore capacità di segnalare il proprio malessere e ricercare aiuto
- Inizio di rivalorizzazione della figura materna nel rispetto dei ruoli e delle dinamiche familiari
  
- Essenziale è la presenza di una equipe curante che accompagni il paziente e la sua famiglia cercando di dare senso insieme a Agiti a fraintendimenti e si prenda cura di Se stessa per mantenersi clinicamente vitale e per dare spazio alla crescere la vita psichica

....MA C'E' ANCORA TANTO DA LAVORARE....





## IL CASO DI HASSAN: LA BILANCIA DI CASA

**HASSAN, 14 anni e 6 mesi**

**Primo accesso UONPIA:** maggio 2016 (12 anni) per “fallimento scolastico” ritardo cognitivo moderato, forte Demotivazione, immagine di sé fortemente svalutata

Nella storia familiare: multipli sradicamenti, traumi non elaborati e speranze disattese

Progressi interventi attivati: valutazione neuropsicologica con indicazione ad attivazione di Insegnante di sostegno

### **INVIO ALL'AMBULATORIO ADOLESCENTI CANTU':**

GENNAIO 2018: riattivazione presa in carico UONPIA su richiesta collega pediatra Ospedale di Cantù che consiglia visita NPI programmabile per riscontro, a visita in PS dove il paziente si recava per “dolori agli arti inferiori”, di grave dimagrimento e vomito dopo ogni pasto con perdita di circa 15 kg negli ultimi 3 mesi. Dalla visita in PS del dicembre 2017 al gennaio 2018 calo di ulteriori 6 kg (BMI 14.5).



## IL CASO DI HASSAN: LA BILANCIA DI CASA

### SFIDE ALLA PRESA IN CARICO:

- Parlare la stessa lingua dei pazienti: ma quale lingua?
- Limite cognitivo generale
- Leggere il sintomo nelle dinamiche familiari
- Contenere le angosce di morte
- Leggere e dare voce alle incongruenze: segreti familiari
- Consentire il racconto di una storia “indicibile”
- Affrontare la non integrazione del nucleo familiare



### PRESA IN CARICO:

- Visite di controllo NPI a cadenza inizialmente settimanale, successivamente quindicinale
- Lavoro di rete con Ospedale Niguarda per gli aspetti nutrizionali
- Colloqui di sostegno “allargati” familiari in presenza di mediatrice a cadenza circa quindicinale
- Incontri di rete con AS a cadenza circa quindicinale o al bisogno

## SUPERVISIONI ED INCONTRI DI EQUIPE

## IL CASO DI HASSAN: LA BILANCIA DI CASA



### BILANCIO ATTUALE

- Uscita dalla chiusura e ritiro relazionale suppur non sempre funzionali e con ancora bisogno di dipendenza
- Ripresa della frequenza scolastica
- Recupero ponderale con ripristino di BMI nella norma
- Buona alleanza terapeutica con percezione soggettiva di sostegno da parte dell'intero nucleo

### CRITICITA'

- possibile uso assistenzialistico dei servizi: forse risarcimento delle esperienze negative vissute
- Difficoltà di integrazione
- Difficoltà nell'assumere un ruolo attivo