

Una rete di strutture riabilitative: risorse e competenze da recuperare

Laura Tieghi, Psicologa, Psicoterapeuta, Recovery for Life

Presentare le strutture riabilitative e i modelli assistenziali che RFL sta costruendo a Milano, in Lombardia e non solo, come ricordava Giovanna, è un pretesto per parlare di riabilitazione. Volendo presentarvi e parlare di riabilitazione ho riflettuto sui bisogni a cui noi dobbiamo rispondere quando pensiamo agli adolescenti, ai giovani adulti e alla riabilitazione. I colleghi che mi hanno preceduto mi permettono di accelerare rispetto al primo grande bisogno, cioè quello degli adolescenti e dei giovani adulti di essere osservati, ascoltati e compresi nei loro livelli di senso, nei loro livelli di significato, nel loro contesto. È in quelle parti identitarie ed esistenziali che essi sono davvero innanzitutto da ascoltare, perché non fanno parte della nostra esperienza biografica di adulti. Per raggiungere questo obiettivo è necessario faticare e sempre presentare dei momenti come quello di oggi, di riflessione, di formazione e di divulgazione rivolto alle famiglie, alle scuole ma anche a noi professionisti. Anche noi clinici abbiamo la necessità di avere un tempo per fermarci a riflettere, per ripartire con dubbi in più. Raramente il lavoro che abbiamo scelto di fare ci fa ripartire con delle certezze, ma i nostri dubbi sono proprio la strada che ci porta a essere poi curiosi; ad ascoltare l'altro bisogno a cui dare risposta. Nell'emergenza, nell'urgenza, nella crisi, il bisogno di un luogo sicuro dove contenere l'instabilità psichica, l'instabilità emotiva, mettere al sicuro gli adolescenti. Abbiamo visto i numeri portati dal collega; mettere al sicuro i ragazzi dal loro agire compulsivo e dal loro agire angosciato. Il luogo del ricovero dovrebbe poter essere anche un primo luogo di lettura funzionale di ciò che è accaduto. Non è il luogo, il ricovero, dove cominciare un lavoro perché presenta delle caratteristiche che ostacolano il lavoro stesso. Il reparto chiuso, le limitazioni, le regole che ovviamente vanno nella direzione del "mettere al sicuro", sono le stesse regole che non vanno forse nella direzione del migliore ascolto, della miglior lettura di quello che è accaduto. Quindi nel post acuto, nel "dopo la crisi", entra in gioco maggiormente il ruolo che vogliono avere le strutture di Recovery for Life. Prende il post acuto il primo bisogno a cui rispondere, quello appunto delle dimissioni da un reparto che non ha le caratteristiche di abitazione. Ma la prima cosa di cui i ragazzi hanno bisogno è di ricucire la frammentazione, cercando di far dialogare le parti di sé che sono esplose, che sono deflagrate nel momento di breakdown, della crisi. Riformulare il senso del ricovero, il senso del "perché mi hanno portato al pronto soccorso al volo" e cominciare anche a ricomporre quelle parti di sé che sono esterne. C'è bisogno di cominciare subito a far dialogare il ragazzo con la sua famiglia, con i servizi di riferimento, con la UONPIA, con i servizi sociali, con il tribunale quando è implicato e anche poi con la scuola, che è un attore un po' sotteso in tutti i nostri interventi, di cui parliamo anche meglio dopo. Il post acuto è il luogo astratto dove si inserisce ad esempio un centro diurno riabilitativo che sopperisce a quella necessità di non tornare immediatamente a casa. La casa creata per una disabilità, ricreata nell'emergenza ma forse una casa che non ha ancora imparato ad essere accogliente: ha delle caratteristiche nuove, è una casa spaventata, è una casa angosciata. Quindi avere un luogo dove passare dopo un post acuto, dopo un ricovero, può essere qualcosa che va nella direzione di ricomporre delle parti. Può essere un centro diurno, può essere anche una comunità terapeutica. Vediamo come spesso ad un ricovero segue il bisogno e l'indicazione di una comunità terapeutica, di una residenza terapeutica. Cosa accade dopo? Dopo che siamo riusciti in parte a ricomporre quella frammentazione, accade che incontriamo il bisogno di fermarci, di osservare e di capire davvero chi abbiamo davanti, il sistema che abbiamo davanti. Dobbiamo fermarci, dare la possibilità al ragazzo adolescente, al giovane adulto, di narrare la propria verità, di intendere cosa gli è successo e che cosa gli sta succedendo e poterlo fare all'interno di un luogo che è un luogo sia fisico ma anche soprattutto mentale, dove percepire che c'è un'equipe, che c'è un gruppo di lavoro che sopperisce a quelle che sono le difficoltà, le lacune integrative di quel momento; un'equipe, quella che mi accoglie, che in un primo momento al posto mio mette insieme i pezzi, al posto mio parla con il collega della UONPIA, che

al posto mio parla con i genitori, che al posto mio si interfaccia con il tribunale, con i servizi sociali e non mi sostituisce, ma nel fare questo dà priorità al mio bisogno di raccontarmi, di farmi capire e fare esperienza di questo ascolto, di questa comprensione. Non fa parte proprio dell'asset ma è un vero atto terapeutico riabilitativo. Le strutture di Recovery for Life mettono l'inizio di un percorso, non solo l'urgenza, come *conditio sine qua non*, un tempo iniziale dove osservare, dove capire, dove ascoltare, dove mettere insieme i pezzi. Solo dopo questo momento possiamo parlare di un piano riabilitativo. Ci mettiamo tutti insieme: l'equipe, i servizi sociali, il coordinatore della classe e definiamo un piano d'azione, un piano di riabilitazione, dove l'obiettivo fondamentale, trasversale a tutte le attività che si fanno, deve essere quello di recuperare o ricostruire le competenze, le risorse. Questo lo si fa su più livelli; su un livello ovviamente individuale con lo psicoterapeuta, con il neuropsichiatra, che va a ridotare tutta la terapia farmacologica, che va a riparlare con i genitori; lo si fa su un piano di gruppo collettivo attraverso dei laboratori con altri ragazzi che fondano proprio nell'essere com-partecipativi la loro funzione, nell'essere un gruppo. Poter rivedere i propri vissuti, far riferimento di nuovo alla propria biografia con strumenti nuovi, va nella direzione del recupero delle competenze. Quello che si può fare in un'ottica riabilitativa, sia che questo lo si faccia in un centro diurno, in un setting semiresidenziale, sia che lo si faccia in un setting residenziale, è quello di offrire molti spunti riabilitativi, molti momenti riabilitativi declinati e personalizzati sulla base dei bisogni propri del soggetto. Nel senso che ogni struttura ha un andamento, propone delle attività, ma non tutte le attività vengono offerte a tutti, altrimenti sarebbe "un'abbuffata riabilitativa". Il piano terapeutico, il piano riabilitativo, definisce quali sono i laboratori che sarà importantissimo fare; è trasversale agli interventi di oggi la necessità di lavorare sulle emozioni. Lavorare sulle emozioni vuol dire non solo fare DDT ma vuol dire esperire le emozioni. Fare esperienza delle emozioni con delle figure di supporto. Questo avviene sia nella psicoterapia, ma anche nei laboratori condotti dagli educatori, dai terapisti; avviene attraverso l'utilizzo di canali altri che possono essere la lettura, la scrittura, la visione di film, la visione di documentari, che utilizzano un canale più proiettivo e poi identificativo per fare esperienza. Il lavoro sulle emozioni, sulla disregolazione emotiva, sulla gestione della frustrazione come la noia e il vuoto di Giulia di stamattina. È fondamentale, forse trasversale, perché riuscire ad arrivare a dare un nome, un senso, alle proprie emozioni, va nella direzione di dare anche un nome, un senso, ai propri agiti e a quello che immaginiamo di fare. Quello che immaginiamo di fare deve essere anche immaginare che vivremo, immaginare che avremo un futuro e quindi questo risponde a quello che l'intervento riabilitativo vuol far emergere. Non è solo curare, riabilitare, ma anche proprio far emergere un talento, un'attitudine, una propensione che faccia vedere ai ragazzi e anche ai giovani adulti il futuro; che glielo faccia immaginare, che non alzi quella saracinesca nera che poi - momenti di buio - angosciante scende rispetto proprio al loro futuro. Questo è un obiettivo riabilitativo. Questo obiettivo lo si raggiunge nella sinergia. Nella sinergia con la scuola; nella sinergia con il territorio che ci può offrire degli spunti di potenziamento, di ritrovamento del talento. Vedete segnalata "fase intensiva" rispetto al titolo di questa slide perché voglio tenere il parallelo con il modello assistenziale di Recovery for Life. La fase intensiva è una fase dove si lavora intensamente, alla quale deve seguire una fase di partenza e di "recovery", un termine inflazionato di questi tempi che però vuol dire appunto "ripartenza, rinascita". Questa è la fase estensiva. Che cosa vuol dire la fase estensiva? È quella che definiamo "di dimissioni progressive" non è pertanto logico ma va ad indicare quel tempo dove bisogna riformulare la frequentazione di intensità dell'intervento riabilitativo diminuendo nella frequenza e aumentando la frequenza di quelle che sono le esposizioni, le verifiche, gli esperimenti a casa. Lo sappiamo bene come per i nostri ragazzi il momento delle dimissioni sia un punto critico. Riuscire a trasformare questo momento critico in un momento anch'esso progressivo, anch'esso evolutivo, è l'obiettivo. Avere una fase intensiva dei percorsi riabilitativi, caratterizzata da una certezza: rientrare al centro diurno e in residenza per confrontarsi, per richiedere aiuto, per festeggiare il «Lo sai che è andato bene a scuola?», «Lo sai che con i miei genitori siamo riusciti a stare tutto il

weekend insieme? », « Lo sai che sono riuscita a dire no? ». Sapere che torni in un luogo sicuro, che ho sperimentato essere sicuro e portare i miei successi, i miei fallimenti, rimodulare i miei obiettivi, questo ci permette innanzitutto di monitorare quello che abbiamo raggiunto e quello che realmente l'adolescente e il giovane adulto hanno raggiunto in un percorso riabilitativo; ci permette di rimodulare gli obiettivi e ci permette anche di prevenire le ricadute, che oltre la prevenzione è l'altro versante prioritario del nostro lavoro. Dobbiamo prevenire le ricadute, non dobbiamo aspettarci che tornino. Questo rispetto a chi? Come diceva la dottoressa Cuzzani, noi ci rivolgiamo agli adolescenti e ai giovani adulti sempre in quel continuum evolutivo e non psicopatologico, semplicemente esistenziale, che non differenzia molto un ragazzo di 17 anni e 364 giorni da uno di 18 e due mesi. Quindi rivolgendosi anche ai giovani adulti è importante nelle fasi progressive, nelle fasi estensive, andare nella direzione dell'autonomia, cioè di far percepire a un ventenne, ventiduenne autonomo, di prospettargli un'autonomia, di prospettargli un'autodeterminazione, che a quell'età passa attraverso immaginarsi un inserimento lavorativo; aver fatto dei colloqui di lavoro; essere stato preso in un lavoro; aver scelto una facoltà universitaria che va nella direzione dei talenti. Vedevamo nel caso di Giulia un'aspettativa che spesso troviamo nei nostri ragazzi, la troviamo anche in quelli più piccoli, nella scelta delle superiori, ad esempio. La scelta delle superiori che noi incontriamo nel ritiro, nel «Non ci voglio più andare», nel «Voglio cambiare scuola», nel « Ho gli attacchi di panico a scuola». Spesso sono state scelte, le superiori, l'università, che non sono state lasciate libere verso il talento, verso l'attitudine, ma hanno avuto una grande influenza delle aspettative e dei costrutti familiari e sociali. Questa non è una colpa, ma dobbiamo andare a cercare, per riuscire a capire quanto un talento, un'attitudine, un desiderio, sia stato quartato e quanto possiamo farlo riemergere.

Prima abbiamo parlato tante volte di fatica: la fatica di fare rete, la fatica di portare al centro, la fatica nell'aggiornamento dei pazienti, la fatica di reggere l'angoscia che i ragazzi ci portano. Rispetto alla fatica mi è venuta in mente questa riflessione: i ragazzi che noi vediamo in pronto soccorso, al centro diurno, nelle residenze, sono affaticati dai loro agiti. Non è divertente per loro l'autolesionismo, l'ideazione suicidaria; pensare di uccidersi non è un divertimento e non è leggero. Riuscire a dare un senso alle loro fatiche, riuscire innanzitutto a canalizzare tutta quella energia che hanno, rispetto al voler far qualcosa, rispetto alla loro angoscia e soprattutto dare un senso alle loro fatiche e alla fatica che sentono loro nel vivere. Questo passa attraverso il far immaginare loro un futuro, un futuro prossimo, fatto graduale, fatto di step, fatto di tutti i passaggi dove non sei solo, dove ci siamo noi, dove c'è la rete che si sta occupando di te. Far sentire il ragazzo e il giovane adulto parte di un tutto, sempre nel rispetto poi della sua unicità e della sua della sua soggettività. Non dobbiamo noi sostituirci a loro, in un'ottica anche assistenziale.

Ci sono alcune cose su cui volevo puntare l'attenzione. Forse alcune cose le abbiamo dette, le abbiamo attraversate, quindi vado abbastanza veloce. Nella riabilitazione, nel passaggio dopo un ricovero covid, una segnalazione anche dall'ambulatorio. La questione della diagnosi è una questione un po' ambigua per noi clinici, nel senso che ovviamente abbiamo bisogno di diagnosi, ovviamente ci serve fare diagnosi, ma quello che vediamo e quello di cui abbiamo parlato è la presenza di quadri molto complessi, quadri in comorbilità, quadri che sono in evoluzione. Fare diagnosi in adolescenza sappiamo come sia veramente surfare sullo tsunami. Probabilmente quindi non è una fatica che ci possiamo risparmiare, ma la fatica che dobbiamo fare e la curiosità che dobbiamo avere, è quella che la diagnosi ci faccia davvero fare una descrizione esplicativa di quello che vediamo e farne una storia anche della comorbilità. Rispetto ad esempio a due diagnosi che noi troviamo sempre in pratica, con una frequenza altissima, nella psicopatologia degli adolescenti e dei giovani e adulti: l'uso o l'abuso di sostanze e i disturbi alimentari, più propriamente in ambito femminile ma purtroppo non solo. Ad esempio nei criteri di accesso e di esclusione alle strutture di Recovery for Life abbiamo fatto una riflessione rispetto alla diagnosi e ci siamo detti che escludere l'uso e l'abuso di sostanze negli adolescenti, laddove non sia un abuso che richieda un primario intervento di disintossicazione, vuol dire escludere una fetta eccessiva di ragazzi. Tornando ad un

aspetto più diagnostico, l'uso di sostanze, ben che vada a definire un disturbo, è un criterio, fra i nostri criteri DSM è forse uno strumento che i ragazzi hanno trovato per gestire l'angoscia, per gestire il vuoto, uno strumento per gestire degli aspetti traumatici: è un aspetto, è uno strumento di gestione della depressione. Quindi non sottovalutiamo anche qui la fatica che hanno fatto ad accedere alle sostanze. Anche rispetto ai disturbi alimentari, di cui io e la collega abbiamo una grande esperienza, ai disturbi alimentari, sempre fermo restando il connubio, questo intreccio fra il corpo e la mente. Quando la situazione clinica non è così aggravata sul piano medico da richiedere un intervento ospedaliero più internistico, anche il disturbo alimentare nell'adolescente può rientrare in una lettura un po' più armonica della sua psicopatologia. Può rientrare in una lettura più metaforica. Uno dei miei maestri diceva che questi sintomi sono delle metafore incompiute rispetto a quello che i ragazzi e i giovani adulti non sono riusciti a fare. I disturbi alimentari li troviamo tantissimo. L'esordio dei disturbi alimentari è in adolescenza, in preadolescenza, anche qui sempre più precoci, noi lo vediamo, ma l'esordio in adolescenza ci dice che allora rispetto all'adolescenza, rispetto al momento evolutivo c'è una connessione. Dare più peso alla connessione fra l'adolescenza e il disturbo alimentare piuttosto che alla diagnosi in sé, ci ha fatto dire: la diagnosi alimentare non è un criterio di esclusione. Anche perché il modello assistenziale, l'attività riabilitativa rivolta al disturbo alimentare in adolescenza, muove su moltissimi pilastri comuni a quella che è la riabilitazione di tutti i quadri psicopatologici. Abbiamo bisogno anche nel disturbo alimentare della regolazione emotiva, abbiamo bisogno della fertilità, abbiamo bisogno di lavoro sul corpo, abbiamo bisogno di lavoro espressivo. Ovviamente nelle strutture di Recovery for noi avremo anche delle figure dedicate perché è importantissimo trattare quell'aspetto, avere quella parte multidisciplinare nutrizionale che è peculiare nella clinica dei disturbi alimentari. La parte riabilitativa può essere considerata un lungo continuum di attività e la centralità della famiglia- l'ha detto la dottoressa Cuzzani, ho visto un esempio di genitori nell'intervento dei colleghi - è un elemento a cui volevo dare attenzione anche finale. Abbiamo parlato dei ragazzi, parliamo degli adolescenti e dei giovani adulti.

La presa in carico implica parallelamente la presa in carico della famiglia, dei genitori, delle figure di riferimento. Dobbiamo aspettarli, comprenderli in tutte le fasi che vi ho elencato. In una fase di assestamento, ad esempio; le informazioni che ci vengono dai familiari sia sulla crisi ma anche sulla biografia sono molto più preziose di quanto non si pensi. Sono veramente conoscitori del loro figlio questi genitori. Nella fase intensiva tutto il lavoro che si fa e che vi ho descritto molto velocemente è un lavoro riabilitativo che deve essere anche fatto con i genitori, perché non possiamo recuperare, costruire competenze in un giovane che a casa poi ritroverà lo stesso contesto, ritroverà le stesse lacune. Anche i genitori vanno accompagnati in un percorso. Rispetto ad esempio le dimissioni in fase progressiva quando un adolescente rientra a casa rientra a casa, se non abbiamo messo i genitori nella condizione di accogliere un figlio cambiato, passatemi il termine, un figlio che ha fatto dei passaggi riabilitativi, rischiamo di riproporgli un contesto trigger rispetto alle difficoltà che aveva prima. La famiglia diviene centrale rispetto alla riabilitazione ma è centrale anche perché non dobbiamo dimenticarci che i familiari dei nostri pazienti, dei nostri ragazzi, sono persone angosciate, sono affaticate, sono stanche, sono appesantite dai massi di senso di colpa, di impotenza, di inadeguatezza. Quindi a volte reagiscono anche con un distacco, con un « Non ne voglio più sapere », con un « Alzo le mani, fate voi ». Questa sensazione per un genitore è una sensazione insopportabile, una sensazione devastante, di cui noi dobbiamo farci carico e prenderci cura perché sono parti interne, parti esterne, dei nostri pazienti e perché sono dei nostri co-terapeuti, sono parte dell'equipe e ci permettono di andare sempre nella direzione della prevenzione delle ricadute, perché li abbiamo messi nella condizione di aver potenziato, recuperato, ricostruito delle risorse relazionali, genitoriali e anche di coppia.

La sinergia con i servizi territoriali è l'altro pilastro delle mie riflessioni di oggi e anche del modello assistenziale di Recovery for Life, perché senza dialogare con i servizi territoriali e con i servizi ospedalieri è impossibile fare questo lavoro. L'utilizzo del ricovero come strumento dirimente

rispetto ad una angoscia, magari suicidaria. Questo viene promosso dal lavoro di rete, dal sentirsi, dall'aggiornarsi costantemente con i colleghi. Quello che noi facciamo ogni settimana ad esempio e che ci è capitato anche ultimamente; aggiornando il collega della Uonpia su un peggioramento di uno stato emotivo, sulle immersioni di un'angoscia molto forte, tenendolo sempre aggiornato, possiamo utilizzare questo aggiornamento, questo dialogo, per pianificare un ricovero che è un momento contenitivo. Un ricovero che ha un inizio e una fine e che mette in sicurezza una paziente in un momento necessario senza arrivare al pronto soccorso preso per i capelli. Questo è l'effetto del lavoro di rete, è l'effetto del lavorare insieme. Un ricovero di cui sto pensando il dopo, poter ragionare già durante il ricovero che cosa fare con questo ragazzo, con questa ragazza, alla fine del ricovero d'urgenza, mette in una posizione di maggior pianificazione, di possibilità di strutturare forse meglio il percorso riabilitativo. I percorsi devono essere assolutamente personalizzati. Dobbiamo assolutamente sempre avere dei protocolli, ma questi protocolli sono come una bella giacca e noi siamo i sarti. Dobbiamo poi andare a prendere le misure giuste, finire i contorni, non c'è un vestito che vada bene a tutti. Tutte le fasi dei percorsi riabilitativi devono essere condivise rispetto alle dimissioni. Anche questo l'ho visto succedere. Le dimissioni a volte vengono un po' accelerate, vengono posticipate per motivi organizzativi o anticipate. Ci ritroviamo con un servizio che raccoglie un paziente che non è pronto a ritornare a casa. Un adolescente che rientra a casa in una famiglia non pronta e anche lui stesso non è pronto perché non è stata costruita la dimissione, non è stato costruito il rientro nel contesto normale, nel contesto sociale dove poi deve rimanere a lungo.

Ultima riflessione quella sulla scuola. I percorsi riabilitativi, soprattutto quelli degli adolescenti, devono passare anche per un dialogo serrato con la scuola. In una fase di assestamento avere degli elementi rispetto al ragazzo anche dagli insegnanti è fondamentale. Avere a che fare anche col reinserimento scolastico o con la continuità rispetto alla frequentazione scolastica, aggiornarsi sul "non clinicamente", sul percorso, ma dare qualche elemento conoscitivo e qualche elemento esplicativo anche al coordinatore di classe e all'insegnante che si prestano a essere interlocutore nostro, diventa uno strumento in più perché si può pianificare un rientro a scuola, una graduale frequenza; si possono pianificare degli obiettivi specifici. Questo va nella direzione non di agevolare, non di assistere, non di evitare dei fallimenti ma va nella direzione che vi dicevo prima di autoefficacia, di autodeterminazione. Noi dobbiamo far sperimentare ai ragazzi che davvero riescono, che ce la possono fare; e chiedere aiuto, essere in qualche modo supportati, non è un difetto ma è quella vulnerabilità di cui mi prendo carico ed è una vulnerabilità che mi appartiene e che qualcun altro sta accarezzando e di cui qualcun altro si sta prendendo cura. Far vedere un pezzo debole, vulnerabile, diventa poi il perno su cui ricostruire, su cui ripartire.