

*Sono vasto, contengo moltitudini*  
Walt Whitman

*Per crescere un bambino ci vuole un intero villaggio*  
Proverbio africano

**Tessere le trame della crescita: il lavoro di cura integrato.**

**Dr.ssa Rossana Vercellone, dr.ssa Rita Verzari, Dr.ssa Carlotta Torello, dr.ssa Maria Pia Bellini.**

In questo lavoro vorremmo rappresentare l'importanza e la necessità del lavoro multidisciplinare integrato in neuropsichiatria infantile, nel trattamento di pazienti adolescenti, con psicopatologia grave.

La psicopatologia grave in adolescenza è pressoché sempre legata al corpo, il luogo di snodo di tutti i processi di crescita. Nel caso che verrà presentato vedremo come la psicoterapia individuale sia stato il leit motiv di tutto il percorso di A., il filo conduttore attraverso i lunghi anni della crescita, dai 13 ai 20 anni.

Il lavoro importante e trasformativo della psicoterapia individuale non sarebbe stato però sufficiente nella cura della paziente, sin dall'inizio infatti è stato necessario affiancare ulteriori figure che poi si sono modificate, alternate e mai sovrapposte, lungo tutto il percorso di cura.

Questo testimonia come le varie parti del Sé in crescita, sofferenti e non coese, necessitino di grande attenzione, di cura individuale e di essere tenute insieme per molto tempo, prima di produrre un cambiamento, un miglioramento sintomatologico e nell'adattamento ai vari contesti di vita.

In questo caso vorrei trasmettere la voce di ciascuno dei componenti dell'équipe, la loro narrazione di A.

Il lavoro multidisciplinare implica ascolto e rispetto da parte di ciascun componente dell'équipe verso il mondo interno della paziente che emerge attraverso la relazione con ciascun curante. Solo attraverso l'ascolto di ciò che accade nei contesti di cura diversi dal nostro possiamo piano piano ricostruire come un puzzle le varie parti della sofferenza del paziente, cercarne le radici e trovare dentro di noi il terreno fertile per farle ricrescere, ognuno per la propria competenza specifica, ognuno per la sua area di cura.

Il lavoro vedrà succedersi la narrazione della psicoterapeuta, la dr.ssa Rossana Vercellone; la cura medica e psicofarmacologica, narrata da me, la cura della famiglia, narrata dalla dr.ssa Rita Verzari e il lavoro psicoeducativo che in qualche modo ha trasformato in quotidiani i cambiamenti che la paziente e la sua famiglia hanno potuto raggiungere negli altri contesti di cura. Questo lavoro sarà narrato dalla dr.ssa Carlotta Torello, Responsabile del Centro Diurno socioriabilitativo Identikit di Torino.

Al termine dei racconti le conclusioni.

## **Il percorso psicoterapeutico – Dr.ssa Rossana Vercellone-**

A. mi è stata inviata dal dietista che aveva iniziato a seguirla su richiesta di una collega, amica di famiglia della ragazza.

Il dietista aveva chiesto a me e alla psichiatra, con cui avevamo lavorato lungamente in una comunità terapeutica per DCA, una disponibilità che comprendesse una presa in carico a 360 gradi.

L'invio era avvenuto in seguito a un esordio anoressico piuttosto severo che aveva portato la ragazza a ridurre significativamente le quantità di cibo assunte e a perdere peso in modo rapido.

All'epoca A. era vicinissima all'esame di terza Media ed era molto polarizzata sul tema della scuola e dello studio. Aveva il progetto di studiare medicina e di specializzarsi negli USA.

Ben presto, in realtà, è apparso evidente che la questione dello studio era prioritario per i genitori e che, in quel momento, A. vi aderiva in modo piuttosto superficiale. Si presentava molto rigida e controllata, anche nella postura e nella mimica facciale. Vestiva come una ragazzina più piccola, appartenente a un'altra epoca ("pizzi e merletti" come ci è capitato, in seguito, di definire, sorridendone, quel periodo iniziale della nostra conoscenza).

A. è sempre stata puntuale, presente (non ha quasi mai saltato una seduta in tutti gli anni di terapia se non per ragioni improcrastinabili) mai apertamente oppositiva. Per lungo tempo, però, ha faticato a parlare autenticamente di sé, delle proprie emozioni ed erano pochi gli argomenti spontanei. Andava frequentemente sollecitata e le si dovevano offrire dei temi su cui aiutarla a riflettere e a formulare pensieri autonomi. Più che altro, i primi tempi, si presentava con una cronaca di ciò che le accadeva durante la settimana.

Unico tema significativo, su cui si esprimeva volontariamente e con tristezza, era la mancanza di amicizie significative. Piuttosto chiusa e riservata faceva fatica a socializzare e aveva una grande paura di essere tradita e delusa. Fin da subito ha portato in terapia, per come le era possibile esprimerlo, un profondo senso di inadeguatezza. Le sarà necessario molto tempo e molto lavoro per riuscire ad esercitare la propria funzione riflessiva e per entrare in contatto con il proprio mondo emotivo. Altrettanto tempo le sarà necessario per essere in grado di trovare modalità efficaci e non autodistruttive per esprimerlo.

Rientrata l'emergenza rappresentata dalla fase di anoressia restrittiva, apparentemente accolta favorevolmente da A, adeguandosi ancora una volta a quelle che erano (o le sembravano essere) le richieste genitoriali, la ragazza trascorre un'estate apparentemente serena.

L'inizio della scuola Superiore (stesso Liceo di prestigio frequentato dalla sorella maggiore) per A. rappresenta, invece, un nuovo motivo di difficoltà e malessere. Continuava ad essere faticoso per lei creare relazioni amicali soddisfacenti, fattore questo che alimentava il suo senso di insicurezza e inadeguatezza. A un certo punto dell'anno scolastico, si è assistito ad un viraggio bulimico, vissuto da A. con grande vergogna e senso di colpa e, più in generale, a un discontrollo degli impulsi.

Dopo il primo tentativo anticonservativo, avvenuto con un'ingestione di farmaci e in seguito alle crescenti condotte di abuso di alcool, cibo, fumo, in accordo con la collega psichiatra, si è valutato di inviare A. alla NPI di riferimento territoriale (dal momento che la collega la vedeva in un'altra città), ritenendo più adeguata una presa in carico di questo tipo e temendo che la ragazza potesse strutturare un disturbo di personalità alla luce dell'evoluzione della sintomatologia prodotta.

Il percorso psicoterapeutico ha fatto da collante e da filo rosso dell'intero percorso di cura della ragazza, avvalendosi dell'indispensabile collaborazione e sostegno delle colleghe della NPI con le quali si è tessuta una rete a maglie strette come richiedeva la situazione della ragazza e della famiglia, attivamente coinvolta nel percorso di cura.

La ragazza si è progressivamente ribellata al modello educativo genitoriale, mettendo in atto una serie di condotte che incontravano la critica e la disapprovazione dei genitori, fino ad arrivare a produrre in loro angoscia e timori crescenti per l'incolumità della figlia.

I suoi agiti autolesivi l'hanno portata ad essere ricoverata due volte presso l'Ospedale Regina Margherita di Torino.

Nel frattempo, si è ulteriormente arricchita la rete di cura e sostegno per A e per la famiglia.

Si è sempre ritenuto opportuno e necessario adeguare gli interventi terapeutici, modularli a seconda delle criticità presentate dalla paziente e dal contesto, coinvolgendo anche la scuola che nel frattempo A. aveva chiesto di poter cambiare a causa dell'ambiente vissuto come ostile e affatto accogliente e per le difficoltà che riscontrava a causa della mole di studio.

Pur essendo molto dotata, acuta e portata, in modo particolare per le materie scientifiche infatti, A. faticava a studiare. Grande era l'ansia da prestazione generata dalle proprie e dalle altrui aspettative, tanto da arrivare ad auto sabotarsi, come modalità aggressiva verso i genitori, inizialmente molto concentrati sulle prestazioni scolastiche e verso sé stessa per la scarsa considerazione che aveva di sé.

Molti sono stati gli agiti, gli attacchi al corpo (che per tutta la fase anoressica, come per quella bulimica, ha sempre dichiarato di detestare e ha sempre coperto con abiti larghi) attribuendo a esso, oltre che al proprio carattere, gli insuccessi vissuti a livello amicale e relazionale.

A. si è avvicinata presto, in modo traumatico alla sessualità, offrendosi a ragazzi per i quali non nutriva alcun interesse e che cercavano da lei solo rapporti occasionali. Anche questo modo di vivere la sessualità, per diverso tempo, ha rappresentato un ulteriore attacco al corpo e la ricerca della conferma del suo non essere "amabile". Nel corso della terapia, si è visto come A. andasse cercando una soluzione, un modo per esprimere il proprio disagio e malessere, lasciando prevalere, per molto tempo, l'agito sul pensato. Come accade frequentemente in situazioni simili, gli attacchi al corpo apparivano come espressione di un possibile blocco del processo evolutivo di soggettivazione ma anche, verosimilmente, come il solo modo che A. sentiva di avere per mobilitare l'ambiente adulto e ricevere aiuto.

Per un periodo abbastanza lungo, come accennato, la ragazza pur essendo sempre presente alle sedute e mostrandosi apparentemente collaborativa, ha espresso le sue perplessità verso la terapia che non aveva scelto volontariamente in quanto decisione presa dai genitori. Questo aspetto non le consentiva di fidarsi e affidarsi fino in fondo ed è stato un tema sul quale si è lavorato a lungo, dal momento che la difficoltà a fidarsi si presentava, di fatto, in ogni relazione che A. intratteneva.

Riconoscere e accettare di avere bisogno di aiuto (compreso quello farmacologico verso il quale è stata resistente per diverso tempo) è stato molto difficoltoso per A. poiché la faceva sentire in pericolo emotivamente e fragile. Dichiarava, inoltre, che esprimere una qualunque difficoltà la faceva sentire come se si stesse comportando da vittima, ovvero simile alla madre che, secondo il vissuto di A, spesso tendeva a mettersi in tale posizione, facendo sentire in colpa gli altri componenti della famiglia. Nel corso del tempo, approfondendo questo tema, e ricevendo disponibilità e presenza costanti, è riuscita a formulare una sua domanda di terapia, a ricercare in modo esplicito aiuto scrivendo e telefonando, in alcuni casi, addirittura richiedendo in modo autonomo una seduta in più.

In molti momenti è sembrato che la ragazza avesse la necessità di mettere alla prova l'interesse che gli altri avevano nei suoi confronti, la loro tenuta, la loro resistenza, per essere più sicura nell'affidarsi. Testava la tenuta della rete di sicurezza.

Con il tempo, infatti, grazie all'aiuto della terapia farmacologica e di tutte le figure terapeutiche coinvolte che hanno sempre collaborato in modo costruttivo e creativo, la ragazza in terapia è riuscita a portare sempre di più contenuti propri, a condividere le sue angosce e i suoi timori, la sua mancanza di fiducia in sé stessa e di speranza verso il futuro. È riuscita a riconoscere e a dichiarare il valore di auto medicazione che avevano per lei l'abuso di alcol, di fumo nonché gli agiti autolesivi ma, soprattutto, ad avere maggiore fiducia nell'aiuto delle persone e a non pensare sempre di dover e poter fare tutto da sola.

Alla fine del percorso psicoterapeutico, interrogata su questo punto, la ragazza ha potuto riconoscere il valore della psicoterapia come luogo neutro, sicuro in cui ciò che diceva non veniva usato contro di lei, come le sembrava che accadesse in altri contesti della sua vita. Un luogo in cui tutto poteva essere detto senza incontrare un giudizio, bensì la disponibilità all'ascolto e l'aiuto alla comprensione.

Anche quando, per limiti di età, è terminato il progetto creato in collaborazione con la NPI, A. ha scelto di proseguire il percorso psicoterapico, riconoscendone il valore di sostegno e l'utilità nel fare ordine tra le priorità della propria vita e le emozioni provate con le quali è diventata più confidente, capace di riconoscerle e gestirle, anche se ancora con qualche timore.

Nel frattempo, avendo trovato un progetto per il futuro, avendo intravisto una strada in cui si poteva riconoscere e identificare è nata o ri-nata la speranza per il futuro.

Aver lavorato tenacemente, con determinazione per raggiungere tale obiettivo e verificare di esserne in grado, le ha progressivamente restituito fiducia in sé, nelle proprie capacità e negli altri. Ha potuto riconoscere, infatti, nell'intervento di chi le stava vicino (famiglia, terapeuti, educatori) non una forma di controllo o di dovere, bensì di autentico interesse nei suoi confronti e nel suo bene. Questo l'ha resa più "amabile" ai suoi stessi occhi che, per tanto tempo, avevano distorto l'intera percezione che aveva di sé stessa, sia da punto di vista fisico che caratteriale.

### **Il percorso neuropsichiatrico infantile – Dr.ssa Maria Pia Bellini-**

L'arrivo di A. presso il nostro Servizio è avvenuto con le modalità di accoglienza abituali. La ragazza frequentava la seconda superiore, all'inizio del secondo quadrimestre. Al momento della conoscenza A. aveva già avuto un passaggio in pronto soccorso per ingestione di farmaci. La situazione sembrava apparentemente tranquilla, A. frequentava la scuola e in colloquio riferiva sempre che "stava bene", "il suo umore si era stabilizzato" con la nuova terapia, a volte diceva di essere di fretta e ricordo anche che ci sono stati colloqui che sono durati all'incirca 10 minuti.

L'aggancio era molto difficile, la ragazza era molto difesa e poco comunicativa. Erano presenti in quel periodo condotte autolesive multiple: autolesionismo con tagli e bruciature di sigaretta, condotte trasgressive correlate alla sessualità, all'utilizzo di cannabis e di alcol.

Nei momenti di crisi erano anche presenti condotte bulimiche che sostenevano l'idea di "fare schifo", pensiero sempre presente in A.

Questa sintomatologia era poco affrontabile nei colloqui psichiatrici in cui la percezione della sfuggevolezza di A. era molto tangibile.

A causa di una nuova overdose di farmaci, la ragazza era stata ricoverata presso il Reparto di NPI dell'OIRM, per due mesi in cui aveva conosciuto per la prima volta le colleghe del servizio educativo che l'avrebbero seguita per i successivi due anni.

La terapia era stata modificata, il ricovero era servito per terminare l'anno scolastico e soprattutto per decidere di cambiare Liceo, nel tentativo di uscire da un circolo vizioso di compagnie sbagliate e poco accudenti e di riprendere il ciclo scolastico. Come in molti di questi casi, le vacanze, senza il carico prestazionale della scuola ed il contatto con i coetanei, sono un momento di relativa calma, con minore autolesività.

Ma le difficoltà permangono e sono profonde. Dopo circa due settimane di frequenza scolastica A. nuovamente viene ricoverata per overdose di farmaci. La migliore conoscenza della minore e delle dinamiche familiari, la presenza delle educatrici e il progetto di permanenza presso il DH NPI dell'Ospedale regina Margherita per tre giorni alla settimana hanno permesso che A. potesse essere dimessa a casa e non in comunità alla fine del ricovero, dopo tre mesi. A. aveva bisogno di contesti di cura multipli dove depositare tutte le sue percezioni di inadeguatezza ed incapacità.

In particolare, la presenza della scuola ospedaliera aveva permesso ad A. di sperimentare il rapporto individuale con i professori e l'aveva piano piano fatta sentire più a suo agio, più capace.

La scuola nuova, "presa a piccole dosi", solo due giorni a settimana, era più tollerabile, senza il carico delle verifiche e delle interrogazioni. C'è voluto un lungo anno di lavoro con i professori, per rendere A. "comprensibile" al suo nuovo consiglio di classe, molte riunioni con i docenti e la famiglia, per concordare il programma, le modalità di svolgimento e tollerare i numerosi rifiuti di A. rispetto alla prestazione. Il percorso del DH è durato due anni. Il secondo anno, in quarta superiore, la frequenza scolastica era privilegiata, il dh era diventato un appoggio, importante ma con una frequenza limitata. Questo grande lavoro di sinergia ha permesso alla ragazza, alla fine del secondo anno di partecipare alla gita scolastica. I professori non erano più spaventati delle condotte impulsive, che peraltro si erano molto ridotte, e hanno dato la disponibilità a somministrare la terapia farmacologica nel corso della gita. La famiglia, in modo accudente ha dato la disponibilità ad essere presente, a distanza dai ragazzi, ma vicina in caso di necessità per poter andare da A., nonostante la gita sia stata all'estero.

Una nota importante riguarda il trattamento psicofarmacologico. Molti dei ragazzi che seguiamo, come A. fanno overdose dei farmaci che assumono in terapia. Questo pone quesiti etici sulle modalità di somministrazione e controllo della terapia da parte dei genitori, se il paziente vive a casa.

Anche in questo caso i genitori hanno rispettato le direttive non semplici che sono state proposte, con attenzione e cercando di trovare la strategia di adattamento più adeguata.

Al rientro a casa, dopo l'ultimo ricovero, la terapia di A. era tenuta in cassaforte, non più raggiungibile da A. La somministrazione avveniva in presenza dei genitori.

Anche in questo modo A. trovava il modo di nascondere le compresse in bocca e poi di sputarle. La mamma le trovava nei cassetti e non sapeva come fare. Aiutata dalla psicologa era riuscita a parlarne ad A., che ripeteva come la terapia non la volesse, nonostante tutto. Anziché desistere, si è trovato il modo utile di somministrare la terapia perché facesse effetto: polverizzarla e assumerla diluita. In questo modo l'assunzione era sicura. In questo percorso è stata fondamentale l'aderenza della famiglia alle indicazioni dei curanti. I genitori hanno imparato ad "accudire" anche le parti "mortifere" di A.: le pastiglie nascoste, le lamette nascoste, cercare di capire se vi erano bruciature sul corpo. La famiglia era diventata un altro luogo di cura.

### **Il percorso di sostegno alla genitorialità – Dr.ssa Rita Verzari**

Il lavoro con i genitori in genere si svolge parallelamente al lavoro con i ragazzi, ed anche in questa situazione, il lavoro di sostegno alla genitorialità ha accompagnato tutto il periodo di cura.

L'approccio iniziale è stato molto difficoltoso. Aspetti di negazione e di proiezione con risvolti di marcata rigidità portavano i genitori a riconoscere solo il ruolo dei curanti della figlia, la neuropsichiatra e la psicoterapeuta. A loro consegnavano il compito di aggiustare la "figlia rotta".

Dalla paura iniziale di essere giudicati al senso di colpa e di scoramento si sono manifestati sentimenti e percezioni che hanno reso difficile il mettersi in discussione e porsi in una posizione riflessiva.

Questa posizione ha sollecitato un lavoro di grande attenzione, di pazienza, di delicatezza e di accorgimenti continui per guadagnare; la loro fiducia, un lavoro costante sia a livello individuale che di coppia.

A poco a poco hanno sentito che il lavoro che stavamo facendo consentiva loro di scoprire le loro capacità genitoriali, di essere soggetti capaci di accoglienza, di osservazione e di ricerca di senso utile per mettere in atto comportamenti sufficientemente adeguati.

Con la caduta dell'onnipotenza genitoriale si sono sentiti progressivamente su un terreno più stabile, più in sintonia con la figlia reale con le sue caratteristiche peculiari e non la figlia del loro immaginario frutto delle loro proiezioni. Questo ha consentito loro di diventare più capaci di confronto, di chiedere aiuto, ma anche di diventare più "creativi" nella gestione delle problematiche quotidiane che la figlia richiedeva loro.

Sono diventati un punto di riferimento per noi, comunità curante, e per la figlia. Una risorsa su cui contare nel momento in cui dalla rigidità è scaturita la capacità di essere accoglienti e resilienti.

In generale e quindi anche e soprattutto in questo caso, accanto al lavoro con i genitori si è avviato un rapporto trasversale di collaborazione con gli altri adulti che erano in relazione con la ragazza (scuola, CD, medici del reparto) dando vita ad una rete operativa, presente ed efficace.

I genitori hanno apprezzato e sentito il valore di questo filo rosso che ha accompagnato tutto il percorso di cura. Sono riusciti a mantenere la fiducia e a trasmettere alla figlia la presenza di una rete di tutela, di accoglimento e di contenimento.

Il raggiungimento di questo obiettivo è stato reso possibile sicuramente dall'accoglienza, dal non giudizio, dalla acquisita considerazione di non pensarsi soli ad affrontare una situazione così critica e dolorosa, ma anche grazie al lavoro di fiducia e di aderenza ad un processo di integrazione costante tra i vari professionisti coinvolti. I genitori hanno sentito l'effetto magico e forte del sostegno, della rete intorno loro. Dal momento in cui si sono sentiti di non camminare più nelle sabbie mobili, ma in un terreno meno accidentato, dal momento in cui si sono sentiti accompagnati per mano, almeno inizialmente, hanno iniziato a "digerire" la diagnosi della figliola, a rapportarsi con le loro capacità interne, hanno avuto fiducia e speranza, hanno cominciato a pensare "pensieri pensanti".

Per crescere un bambino ci vuole un intero villaggio, ci dice un proverbio africano che raccomanda l'indispensabilità di non essere soli, soprattutto quando ci palesano difficoltà, mancanze, problematiche. L'attivazione del processo di integrazione stimola e ricostruisce, ognuno con la propria specificità; essere e il lavorare insieme per aiutare a crescere un bambino.

### **Il percorso psicoeducativo – Dr.ssa Carlotta Torello**

Presenza capillare e quotidiana, costanza e ricerca continua di un equilibrio fra tutela e sperimentazione di libertà hanno caratterizzato il lungo percorso di riattivazione del processo di identificazione della minore.

Il compito condiviso ed evidente sin da subito: ***"riattivare la speranza"***.

A. infatti si presentava come una ragazzina intelligente, portatrice di valori, cultura, ma caratterizzata da una assenza totale di prospettive future e di fiducia in se stessa e negli adulti che la circondavano. Incapace di condividere frustrazioni o anche solo preoccupazioni in quanto farsi aiutare la faceva sentire debole e inferiore.

Sosteneva che tutto fosse inutile, che risolto un problema (riferendosi al disturbo alimentare prima, all'abuso di sostanze... e successivamente all'autolesionismo) se ne sarebbe presentato un altro e che oramai considerava inutile sia la terapia psicologica che tutti i nostri interventi.

L'attività sportiva, boxe, unica dimensione all'interno della quale lei riusciva a trarre piacere e che le è sempre stata garantita, a dispetto di complicate organizzazioni, anche durante alcuni periodi di ricovero presso il reparto dell'OIRM.

Il percorso di A. è stato fatto partire da quello, dall'unica attività dalla quale riuscisse a trarre del beneficio, dimostrando di aver compreso il suo bisogno, accompagnandola nello svolgere tale attività.

Tempo e gradualità hanno caratterizzato tutto l'intervento con A. che ci ha fatto comprendere quasi subito che l'esclusivo intervento del centro socio-riabilitativo non era sufficiente, inserendo un affiancamento di 30h settimanali dal lunedì al sabato, per poterla sostenere anche all'interno del nucleo familiare.

L'affiancamento educativo per un sostenuto numero di ore settimanali e la disponibilità da parte dei genitori ad accogliere un sostegno all'interno delle proprie dinamiche familiari, ha concesso la costruzione di un effettivo rapporto privilegiato con le due educatrici di riferimento, con le quali A. ha iniziato progressivamente a costruire un'alleanza che si è consolidata nel tempo.

La famiglia, seppur con grande fatica, ci ha accolto in casa e ha progressivamente iniziato a viverci non più come ingerenze ma come sostegno effettivo, riuscendo progressivamente a mettersi in discussione e limare alcune delle rigidità che A. viveva come molto oppressive.

Anche in ambito scolastico la nostra presenza, in apparenza superflua, le garantiva un ancoraggio in caso di necessità e una giustificazione nell'allontanarsi da situazioni che viveva come oppressive e di difficile gestione.

Le ore sono aumentate fino a raggiungere il monte ore dei compagni e riuscire in quinta, concluso l'intervento, a frequentare in modo autonomo e con ottimi risultati.

Acting-out e comportamenti autolesivi (tagli sulle braccia, sulla pancia e bruciature di sigaretta) sono andati via via diminuendo fin quasi a scomparire, mentre a lungo ha mantenuto comportamenti inappropriati nei momenti di maggiore carico emotivo, in particolare per quanto riguardava l'autosomministrazione dei farmaci e l'abuso di alcool.

Ad oggi A. ha rinunciato ad un blasonato percorso di studi, dopo essere riuscita a entrarvi con pieni voti, superando orgogliosamente anche i test e i colloqui psicologici che ha vissuto quali "patentino di normalità", iscrivendosi successivamente ad un'altra facoltà umanistica

Appare presente a se stessa e grata del percorso svolto:

*"quando ho capito che c'era gente, oltre ai miei genitori, che credeva in me non solo per il ruolo che ricopriva, ho iniziato a pensare che forse potevo farlo anche io".*

## **Conclusioni**

Tutte noi colleghe abbiamo affrontato la cura di A. e della sua famiglia con grande preoccupazione e coinvolgimento. Siamo riuscite a creare una "mente plurale", uno "spazio psichico allargato", per dirlo alla Jeammet, che ha permesso di ricucire il tessuto interno di A. e della sua famiglia.

Ora A. è felice di vivere.