

Ivano Scorzato, Michela Romano, Cinzia Ionata e Arianna Bigarella

INTERVENTI ASSISTITI CON L'ANIMALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

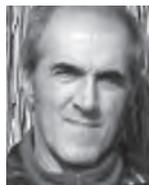
IAA Interventi
assistiti
con gli animali

Collana diretta da
Lino Cavedon

Erickson

I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione rappresentano un problema sociale e familiare di grande impatto. Anche in questo campo gli Interventi Assistiti con gli Animali possono portare a risultati significativi. Il volume descrive un lavoro clinico rivolto a ragazze con DCA realizzato con la scelta riabilitativa della pet therapy: il progetto Argo, nel quale tra l'altro è stato scelto di coinvolgere anche un gruppo di cani di un canile pubblico, al fine di renderli più idonei all'adozione.

Gli autori, esperti professionisti, offrono un approccio clinico, utile a una lettura più comprensibile del disturbo in sé, e propongono un protocollo operativo per chi volesse prendere spunto da questa esperienza e replicarla.



IVANO SCORZATO

Medico veterinario, è responsabile del Centro Pet Therapy dell'ULSS 7 Pedemontana. Si occupa di IAA dal 2008.



MICHELA ROMANO

Psicologa psicoterapeuta, si occupa degli aspetti clinici della psicologia dell'adulto e del bambino e di Terapie Assistite con gli Animali.



CINZIA IONATA

Psicologa psicoterapeuta sistemico-relazionale, ha lavorato presso l'ambulatorio per i DCA dell'ULSS 7 Pedemontana.



ARIANNA BIGARELLA

Psicologa psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, opera presso il Servizio DCA ULSS 7 Pedemontana (sede di Schio, VI).

€ 21,00

ISBN 978-88-590-1520-8



9 788859 015208

www.erickson.it

INDICE

LA COLLANA EDITORIALE DEDICATA AGLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI	7
PREFAZIONE <i>(P. Todisco)</i>	9
INTRODUZIONE	11
01. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	13
02. IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	35
03. DALLA RESISTENZA AL CAMBIAMENTO AL LAVORO TERAPEUTICO CON LA PRESENZA DEI CANI	45
04. IL PROGETTO	63
05. LA COPPIA CANE-COADIUTORE NEI PROGETTI DI IAA	109
06. DESCRIZIONE DELL'AMBITO VALUTATIVO E DEGLI STRUMENTI	135
CONCLUSIONI	153
BIBLIOGRAFIA	157
APPENDICE	165

LA COLLANA EDITORIALE DEDICATA AGLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

Perché una collana dedicata agli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA)? Pensiamo sia arrivato il tempo in cui valorizzare le esperienze di lavoro di alcuni colleghi, competenti professionisti e profondi e appassionati conoscitori delle caratteristiche psicologiche di alcuni animali, che in questo decennio hanno realizzato studi ed esperienze cliniche con impostazione scientifica.

La ricerca clinica non beneficia oggi di contributi economici sostanziosi; pertanto ci si deve affidare alla intraprendenza di professionisti e di operatori motivati. Pur disponendo di numeri contenuti, la significatività dei risultati dei progetti realizzati legittima ampiamente la scelta di raccontare la metodologia impiegata, al fine di abbozzare primi protocolli di lavoro per specifiche patologie. È il rigore scientifico assunto dalle varie équipe che ci consente di considerare validi i risultati ottenuti, pur nella consapevolezza che sono auspicabili ulteriori successivi apporti esperienziali e confronti metodologici.

In base alla tipologia di utenza è poi imprescindibile che si debba scegliere il tipo di animale che meglio si addice al caso, nel rispetto della persona e dell'animale. Sono infatti evidenti le diverse esigenze di un anziano allettato rispetto a un adolescente con diagnosi di ADHD, di un bambino affetto da patologia rara rispetto a un tossicodipendente in fase di recupero. Ad esempio, la problematica dello spettro autistico è stata affrontata in due diversi progetti con la mediazione del cavallo e del cane; verrà pertanto raccontata descrivendo le peculiarità delle due diverse esperienze che, nella loro unicità, forniranno validissimi contributi.

Anche i contesti di realizzazione degli IAA esigono scelte differenziate: lavorare in un reparto ospedaliero, in una casa di riposo, in una scuola o nel contesto di un maneggio o di una fattoria richiede l'impiego di animali che vanno inseriti in maniera pertinente.

A queste esperienze si potrà attingere per replicare i modelli di lavoro, aumentando casistica e significatività degli stessi protocolli concepiti e sperimentati con specifiche patologie. Si potranno altresì utilizzare questi lavori per apportare migliorie, far salire di livello la valenza terapeutico-riabilitativa degli IAA e garantire maggiormente gli utenti nelle loro attese e aspirazioni verso il benessere.

C'è un pullulare di iniziative nelle vari regioni d'Italia; molti professionisti e operatori si sono formati o stanno acquisendo competenze al riguardo. Ci sono anche impegnativi e qualificati master proposti da alcuni Atenei italiani. Le Linee guida nazionali, approvate a marzo 2015 in Conferenza Stato-Regioni, sono state recepite da tutte le regioni e dalle province autonome italiane.

Intendiamo risultare utili arricchendo sempre più la collana di esperienze realizzate. Queste non avranno mai la pretesa della perfezione — pretesa così inquietante — ma sempre della serietà professionale, dell'entusiasmo e dell'onestà nel farsi carico di bisogni e nel promettere risultati. La collana accoglierà esperienze rivolte alle persone con finalità educative, formative e di cura, ricerche dedicate agli animali e alla loro formazione, esperienze di pazienti che hanno beneficiato della relazione con gli animali. Saranno sicuramente maggiori le esperienze di interventi assistiti con il cane e con il cavallo; rimane la totale apertura a raccontare progetti realizzati con l'asino e con i piccoli animali, il gatto e il coniglio.

Lino Cavedon

PREFAZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie piuttosto diffuse soprattutto nelle società occidentali e il loro legame con aspetti socio-culturali fa spesso dimenticare che sono patologie psichiatriche invalidanti fino alla morte. Queste malattie, infatti, possono essere incarnate sia da giovani ragazze (ma sempre più anche ragazzi), che manifestano così il loro disagio e le difficoltà ad autonomizzarsi-individuarsi ma che dopo un più o meno breve periodo di tempo e di cure riprendono il loro percorso di vita, sia da persone che hanno manifestato i sintomi spesso fin dall'infanzia-adolescenza e che, nonostante le terapie, non riescono o non possono liberarsi del DCA perché è il loro modo per sopravvivere al dolore.

Nell'ampio spettro di persone che possono manifestare un DCA ritroviamo quindi individui molto diversi, almeno in apparenza, ma quasi tutti caratterizzati da una bassa autostima, dal bisogno di perfezione e di conferme esterne e da una grande difficoltà a percepire i propri stati interni e le loro variazioni (bisogni, desideri, emozioni) e ad agire di conseguenza, come pure da capacità di relazione e comunicazione scarse.

I pazienti DCA spesso tendono alla razionalizzazione, alla doverizzazione e fanno fatica a sentire e a mettersi in sintonia con i propri stati interni, come pure a mettersi in relazione con gli altri, che temono come possibili nemici o idealizzano come impossibili miti da raggiungere.

Ma qual è il legame fra DCA e pet therapy? Perché mai un volume su DCA e pet therapy? Perché associare queste patologie e gli individui che ne sono affetti agli animali quali veicoli di cambiamento?

Anche la pet therapy o Terapia Assistita con gli Animali (TAA) ha pagato e paga il prezzo del fraintendimento e del pregiudizio, venendo spesso confusa come una sorta di gioco con gli animali atto a riempire il tempo di persone con disabilità fisiche o mentali di varia entità, dimenticandone i principi fondativi e gli obiettivi terapeutici di sicuro non secondari rispetto a quelli di altre terapie.

La TAA come viene intesa e descritta in questo volume è stata utilizzata come terapia di supporto al trattamento multidisciplinare integrato dei DCA (che è al momento l'approccio riconosciuto dalle linee guida come più idoneo alla cura di questi disturbi) proprio per la possibilità di applicazione in soggetti con notevoli difficoltà nella relazione con l'altro, nelle capacità di comprensione dei bisogni propri e altrui, nelle capacità di cura di sé e dell'altro. Questo tipo di approccio è già stato applicato ad altre patologie psichiatriche e anche nei DCA stanno iniziando a comparire alcuni, seppur scarsi, resoconti di intervento, che purtroppo non hanno ancora raggiunto la numerosità e il rigore per essere riconosciuti scientificamente validi.

Gli autori di questo volume pionieristicamente si sono posti l'obiettivo di chiarire i principi fondativi della TAA da loro utilizzata, illustrandone obiettivi, strategie e tecniche, per poi renderne comprensibile l'applicazione ai DCA. A dar forza a quanto esposto hanno anche descritto in dettaglio lo sviluppo e i risultati di uno studio pilota, il progetto Argo, in cui hanno applicato i principi della TAA a pazienti affette da DCA, che si trovavano in una fase stabile e che erano seguite ambulatorialmente da un'équipe multidisciplinare integrata specializzata nella cura di queste patologie, in un contesto di gruppo. Questo volume, quindi, ha il pregio di trattare una patologia diffusa e ancora poco compresa da un'ottica assolutamente innovativa, prospettando la possibilità di applicazione di un intervento mediato dagli animali che favorisca il cambiamento attraverso l'instaurarsi di una particolarissima relazione di cura/accudimento che rivitalizzi la speranza nel futuro, spesso assopita, se non addirittura scomparsa, nelle pazienti affette da DCA.

Patrizia Todisco

Medico specialista in Medicina interna e psichiatria, psicoterapeuta
Responsabile Unità DCA – Casa di Cura «Villa Margherita» (Arcugnano, VI)
Responsabile clinico Servizio DCA ULSS 7 Pedemontana (sede di Schio, VI)

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA), da un punto di vista fenomenologico, rappresentano dei comportamenti che si esprimono lungo due versanti opposti: dalla fame alla sazietà estrema, dalla denutrizione all'obesità e dall'ipercinetismo all'immobilismo. Questa tendenza agli opposti nella manifestazione sintomatologica riguarda anche il significato che, nel corso dei secoli, tali comportamenti hanno assunto. Infatti, il rapporto con il cibo è sempre stato caratterizzato da comportamenti tendenti all'abbuffarsi così come il ricorso all'affamarsi; diverso è stato, nel corso del tempo, il significato che tali comportamenti hanno assunto. A proposito dell'importanza del cibo nella vita degli esseri umani, Bruch (1973) scriveva:

Non esiste società che tratti il cibo razionalmente. Al cibo si ricollegano valori complessi, ideologie elaborate, credenze religiose e sistemi di prestigio; su di esso possono incentrarsi organizzazioni sociali e di gruppo, e sono appunto questi aspetti a dare le abitudini alimentari e alle tradizioni culinarie il loro particolare carattere culturale.

Oggi i DCA rappresentano una vera e propria epidemia sociale: il corpo e il cibo si sono trasformati in nemici. La loro diffusione si accompagna anche a una importante modificazione delle caratteristiche psicopatologiche; questi disturbi sembrano interpretare un disagio tutto moderno che poi si esplica in forme sempre diverse. Diventa sempre più difficile trovare forme di disagio che rientrino in sindromi cosiddette pure rispetto alle nosografie mondiali comunemente usate per fare diagnosi. Infatti, il DSM-5 ha rivisto e ampliato i criteri diagnostici per includere forme anche ibride di DCA.

Inoltre, sono comparsi disturbi alimentari maschili e disturbi infantili molto severi e difficili da trattare. Proprio per le loro caratteristiche cliniche molto complesse, la cura è diversificata: dalle cure ambulatoriali al ricorso all'ospedalizzazione, in caso di assenza di risposta al trattamento ambulatoriale, a forme di comunità residenziali in caso di cronicizzazione del disturbo. Nell'ultimo decennio molta importanza hanno assunto i programmi di prevenzione che si occupano del forte disagio sociale che vi è dietro ai DCA.

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Riflessioni storiche contestuali

La definizione di *disturbo dell'alimentazione* dovrebbe essere riletta in funzione del contesto storico-culturale in cui oggi viviamo. Infatti, ciò che dà a determinati comportamenti la definizione e il valore di sindrome, e cioè di malattia con tutta una serie di sintomi da curare, è il contesto entro cui tali comportamenti si realizzano. L'attribuzione di significato deriva da come vengono considerati i comportamenti — come «normali» o come «patologici» — nel momento storico in cui essi si verificano.

Facendo un salto nel passato, in un contesto storico e culturale diverso da quello attuale, si nota subito che comportamenti alimentari simili a quelli che noi oggi definiamo come patologici ci sono sempre stati, ma vi erano attribuiti significati diversi: agli stessi comportamenti alimentari cui noi oggi diamo un significato di malattia, nei secoli scorsi si dava un significato di «normalità». In generale, la discontinuità e la mutabilità di significato del comportamento di un individuo sembrano riflettersi nei cambiamenti di contenuto e di forma con cui il digiuno autoindotto si è manifestato nel corso della storia.

Un'analisi delle condizioni storiche in cui gli individui vivevano mostra, così, una variabilità di significato e, di conseguenza, la concezione di ciò che è «oggetto» delle scienze del comportamento.

I disturbi mentali o psicosomatici sono contraddistinti da caratteristiche specifiche inerenti a un particolare rapporto tra l'uomo e il mondo esterno. Tali comportamenti, come la loro spiegazione causale o la loro mutevolezza

terapeutica, sono comprensibili sullo sfondo di una comune aspettativa dei pazienti e dei membri del loro ambiente che condividono un'esperienza collettiva e il significato di tale esperienza. I sintomi, o segni, parlano allora un linguaggio comune che permette all'ambiente sociale di avvicinarsi al problema e di affrontarlo.

Il digiuno autoindotto ha così subito, nel corso dei secoli, un cambiamento di attribuzione di significato. Andando indietro nella storia, forme di un tale comportamento ci sono sempre state e sono state considerate adeguate in riferimento ad alcuni concetti mediatori della società, come credi religiosi o credi personali. Ad esempio, nelle varie religioni del mondo, forme di digiuno autoindotto hanno rappresentato il completamento di un adeguato comportamento religioso; il digiuno come mezzo per poter sperimentare le stesse sofferenze di un dio superiore in modo da potersi avvicinare, il più possibile, ad esso. Sempre facendo un excursus storico, forme di digiuno erano presenti sin dall'antica Grecia, dove la parola *askesis* si riferiva all'allenamento degli atleti greci, il cui scopo era migliorare le condizioni fisiche con una dieta rigorosa e un continuo allenamento. In seguito, tale concetto si applicò invece alla ricerca di obiettivi spirituali e morali, spesso proprio a detrimento del corpo. Nell'antichità il digiuno era praticato da numerose sette filosofiche come strumento ascetico e considerato un metodo per realizzare un ideale di vita denso di significato.

La disamina potrebbe continuare ancora per molto, ma scopo di questa riflessione è quello di sottolineare l'importanza del contesto in cui si verificano in generale dei comportamenti. A determinare l'attribuzione di un significato piuttosto che un altro sono proprio le regole di contesto: regole oggettive solo per quel determinato contesto storico, e non solo, nel luogo in cui un determinato evento si verifica. Queste regole fanno sì che oggi un comportamento come il digiuno autoindotto venga considerato una malattia e come tale debba essere affrontata. Nell'implicito di una tale affermazione c'è anche l'idea che la cura di un comportamento malato deve necessariamente ripercorrere le regole contestuali che lo hanno determinato e l'influenza che queste hanno avuto sul singolo comportamento, quindi sulla singola persona.

Da un punto di vista storico è importante capire questo legame tra significato e contesto perché esso ha determinato lo studio diagnostico dei DCA. Infatti, il primo ad associare uno stato mentale a una forma di

digiuno è stato il medico inglese Richard Morton, che in merito alla morte di una ragazza per inedia scriveva:

Gravi preoccupazioni e passioni erano nella sua mente; da quel momento il suo appetito incominciò a diminuire, e la sua digestione divenne via via sempre più difficoltosa. (Morton, 1720)

Bisogna aspettare un secolo per avere una prima associazione tra condotte alimentari e determinanti socio-psicologiche a opera del clinico italiano Giorgio Baglivi, il quale associò comportamenti di digiuno a problemi sentimentali e affermò che tali comportamenti erano maggiormente riscontrabili in giovani donne di ceto elevato.

Il medico francese Ernest-Charles Lasègue mise in relazione il quadro dell'isteria con il digiuno. Lasègue notò che il digiuno si manifestava soprattutto nelle ragazze tra i 16 e i 23 anni con una forte perdita ponderale, la quale poteva portare a una condizione cachettica dovuta a un'alimentazione insufficiente. Il problema era cercare di capire il perché di queste restrizioni alimentari. A questo proposito il medico francese notò che l'atteggiamento di queste giovani nei confronti del cibo era molto più complesso di un semplice rifiuto: nelle malate ogni altra manifestazione isterica scompariva; il digiuno determinava la scomparsa delle mestruazioni e uno stato di stitichezza ostinato non si interrompeva neanche con l'uso di lassativi. Nella cura di tale malattia Lasègue sperimentò il fallimento dei farmaci usati per migliorare l'appetito e iniziò a dare precise indicazioni ai medici affinché assumessero un atteggiamento costruttivo durante la terapia. Il loro compito era quello di creare un clima di empatia con la paziente e di avere un comportamento autorevole ma non autoritario in modo da non intimidirla.

Altro passo importante fatto da Lasègue nella descrizione e cura di tale malattia è stato quello di incoraggiare i medici a porre un'attenzione particolare verso la stretta relazione tra il comportamento del malato e il suo ambiente familiare. Lasègue non parlò mai esplicitamente di *parentectomia* in funzione terapeutica, ma sottolineò l'importanza di far avvertire l'autenticità del dolore da parte dei familiari nei confronti della paziente e del suo stato.

Altre figure importanti nella definizione sintomatologia dell'anoressia sono stati Jean-Martin Charcot (1881) e Pierre Janet (1894). In particolare, Charcot mostrò un certo scetticismo sulla natura isterica di tale disturbo dato che, nella malattia, non comparivano alcuni sintomi dell'isteria come l'anestesia e i problemi al campo visivo. Per questo motivo, parlò di *anoressia*

nervosa e di una forma più grave che definì *anoressia nervosa primitiva*. Per Charcot elemento fondamentale per la genesi di entrambe le manifestazioni era un'idea fissa legata alle dimensioni corporee, a causa della quale le ragazze ammalate avevano una forte paura di ingrassare e prendere peso. Anche Janet si interessò molto al problema dell'anoressia, parlando di *anoressia psicastenica* e soffermandosi sui comportamenti ossessivi e compulsivi che le pazienti presentavano. In particolar modo, con i suoi studi arrivò a distinguere diversi stadi della malattia:

- lo stadio gastrico, caratterizzato dalla forte presenza di sintomi somatici e da una certa malleabilità sul comportamento alimentare;
- lo stadio morale, in cui emergevano i conflitti psichici e relazionali;
- lo stadio di inedia, in cui si manifestavano le complicanze di tipo medico e sopraggiungeva l'inedia.

Inoltre, Janet parlò, a proposito dell'anoressia, della «honte du corps», rimarcando il fatto che le ammalate rifiutavano la loro figura femminile, come a voler assumere una forma asessuata.

Tale interpretazione dell'anoressia come disturbo legato a problematiche di tipo sessuale trovò la sua massima espressione nella concezione freudiana e psicanalitica dell'anoressia. Il termine anoressia comparve in diversi testi di Freud, in particolare negli scritti sull'isteria del caso di Emmy von N. Freud nel parlare di questa paziente descrive i principali sintomi che colpiscono la giovane donna: il ritiro sociale e l'anoressia. Entrambi i sintomi vengono descritti come due forme di abulia: la prima collegata a una fobia di uscire da casa e l'altra come un aspetto della melanconia che affligge la paziente. In sintesi, Freud (1967) sottolinea il nesso tra anoressia e mondo psichico, associando il rifiuto del cibo all'abulia, e inserendo tale espressione sintomatica nei disturbi melanconici.

È nel XX secolo che si sviluppa un'eziologia di tipo medico-organica che vede in questi disturbi una presenza di alterazione, di turbe ipofisarie (in pratica fino a qui); solo nel 1950 si torna a parlare di disturbi del comportamento alimentare in termini psicologici.

All'interno di questa visione psicologica, uno dei pionieri dell'ottica sistemica è Mara Selvini Palazzoli, la quale si appassiona alla patologia dell'anoressia, tanto da compiere una svolta decisiva che la porta ad abbandonare i modelli concettuali classici della psichiatria e della psicoanalisi

individuali. Viene a formarsi così un'équipe di lavoro che per molti anni si occuperà di considerare i disturbi del comportamento alimentare come segni di relazioni disfunzionali all'interno del sistema famiglia; una inadeguatezza relazionale espressa attraverso la messa in atto di comportamenti «non normali».

L'ottica sistemica segna il passaggio, negli anni Sessanta del Novecento, dallo studio sull'individuo allo studio dei sistemi a cui questo appartiene, alle relazioni che si instaurano al suo interno. La famiglia viene a essere considerata come il sistema più importante all'interno del quale un individuo si trova a interagire attraverso tutta una serie di regole proprie solo a quel contesto familiare; regole generate dallo stesso contesto e che influenzano, poi di contro, il sistema familiare stesso. «La famiglia è un sistema interpersonale governato da regole di relazione» (Jackson, 1965).

Lo sviluppo dell'ottica di sistema è stato però caratterizzato da due fasi, una prima cibernetica e una seconda cibernetica, in cui si è passati dallo studio esclusivo dei processi della pragmatica della comunicazione umana a un'epistemologia dei processi complessi in cui a essere interesse di studio e osservazione è anche lo stesso osservatore. Un osservatore, essendo parte del sistema che sta osservando, risponderà ad esso secondo delle regole ben precise, cioè le sue premesse, i suoi pregiudizi circa il funzionamento di un dato sistema familiare. Seguendo tali idee di pensiero, intorno agli anni Settanta e Ottanta sono state proposte numerose ipotesi rispetto ai patterns comportamentali della famiglia e il manifestarsi dei disturbi del comportamento alimentare, in particolare l'anoressia, che rimangono importanti riferimenti, pur essendo in un primo tempo essenzialmente modelli sincronici: «interazioni immediatamente osservate» (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971).

Per molti studiosi il coinvolgimento del membro anoressico all'interno di un conflitto di coppia, ovvero la triangolazione tra alcuni membri del sistema famiglia, è da ritenersi la caratteristica più importante di tali disturbi. Minuchin (1974) nei suoi studi ha evidenziato la presenza di cinque modelli di interazione disfunzionale nelle famiglie con paziente psicosomatico: invischiamento, iperprotettività, esitamento del conflitto, rigidità, coinvolgimento del membro sintomatico nel conflitto coperto. Mara Selvini Palazzoli sottolinea tra le caratteristiche della famiglia con paziente anoressica la difficoltà dei genitori ad assumere il ruolo di leadership, il continuo rifiuto dei messaggi altrui e il particolare gioco di alleanze tra i membri di queste

famiglie. Nel volume *I giochi psicotici nella famiglia* (1988), Selvini Palazzoli e collaboratori presentano un'ipotesi complessa rispetto alle influenze sociali e alle modalità organizzative familiari: un modello a sei stadi.

I giochi di alleanze, triangolazioni e tradimenti non sembrano mai mancare in queste famiglie ma, soprattutto, elemento comune è la ragazza stessa, che si trova al centro di un processo istigatorio seguito da una doppia delusione. Sia l'istigato che l'istigatore deludono e la persona si trova non solo tradita, ma anche sola, avendo perso i legami di riferimento. Un'altra caratteristica di questi sistemi sembra essere, come già detto sopra, il rifiuto di quanto l'altro sta dicendo. «Raramente un membro conferma quanto l'altro sta dicendo: solitamente lo contraddice. L'invito a comunicare è accolto, ma viene rifiutato quello che l'altro dice e come si definisce all'interno delle relazioni» (Selvini Palazzoli, 1981). Una disconferma equivale, per la persona, a una comunicazione di non esistenza come individuo.

Un'altra autrice come Valeria Ugazio sottolinea come sia importante la matrice dei significati di queste famiglie, intendendo, con questo, che la relazione con l'altro è percepita continuamente centrale per la definizione del proprio Sé. Tutti i membri di queste famiglie ambiscono a essere confermati dall'altro più che ogni altra cosa e temono, fino all'ossessione, il rifiuto: la relazione con l'altro è percepita come fondamentale per la definizione del proprio Sé, quindi ogni membro cerca in tutti i modi la conferma. La lotta per la definizione della relazione risulta un argomento costante nelle conversazioni con queste famiglie. E ancora, ciascun genitore, ma in particolare la madre, tende a giustificare le proprie scelte e le proprie decisioni come dettate da altruismo («per il bene degli altri»). In questi contesti la malattia diventa il poter essere in grado di governare la famiglia.

A ognuna di queste teorie corrisponde poi un intervento che miri a ristabilire diverse relazioni, più funzionali, all'interno del sistema famiglia. Da evidenziare, però, come i modelli teorici, la molteplicità delle forme che una famiglia può assumere e i cambiamenti sociali si influenzino e si adattino reciprocamente. Infatti, si è passati da un modello sincronico a un modello diacronico complesso, quindi da interventi di tipo strategico-prescrittivi, come paradossi e connotazione positiva, a interventi che mirino alla creazione di nuove premesse epistemologiche, attraverso la co-costruzione, assieme alla famiglia, di ipotesi, descrizioni e metafore del loro vissuto.

I cambiamenti sociali, familiari e individuali e l'evoluzione del modello sistemico verso una maggior attenzione per l'individuo e le sue storie, i

significati attribuiti, le emozioni, le relazioni interiorizzate hanno modificato molto le tecniche di intervento, arrivando soprattutto a modelli di intervento multidisciplinare.

Classificazione dei DCA

Dare una definizione di un disturbo della sfera psichica è sempre stata cosa complessa e i disturbi del comportamento alimentare non fanno eccezione. Difficile risulta essere anche una classificazione che presuppone una ripartizione in classi, un ordine di un insieme di patologie identificate secondo criteri preventivamente definiti.

I più importanti sistemi di classificazione internazionale dei disturbi mentali oggi utilizzati e adottati nel mondo da professionisti e da società scientifiche sono: la Classificazione Internazionale delle Malattie (CIM) (*International Classification of Diseases – ICD*) elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM), il manuale elaborato e adottato dall'American Psychiatric Association (APA).

I disturbi del comportamento alimentare sono quei disturbi caratterizzati da un alterato rapporto con il cibo che compromettono significativamente la salute fisica e il funzionamento psicosociale. In particolare, a essere alterata è la percezione della quantità di cibo che viene introdotta nell'organismo in relazione, soprattutto, a un'immagine corporea che la persona ha. La caratteristica comune a tutti i DCA è una insoddisfazione del proprio peso corporeo; infatti, una persona affetta da DCA ha una visione distorta del proprio peso corporeo e della relativa immagine corporea, con tutta una serie di sentimenti di bassa autostima, inferiorità e idee stereotipate. Molti sono i fattori che concorrono allo sviluppo di un DCA; come concause importanti, sicuramente, vanno citati gli agenti socio-culturali dominanti nel mondo occidentale, che propongono modelli d'identità femminile stereotipati, legati all'estrema magrezza. Molte ragazze adolescenti sono insoddisfatte del proprio corpo e reagiscono a tale insoddisfazione modificando il proprio comportamento alimentare verso una restrizione e/o selezione di cibo. Forte, dunque, il disagio, profondo il senso di insicurezza e scarsa la stima e la fiducia di sé che queste persone nascondono dietro un DCA come un apparente desiderio di non crescere.

La diagnosi di DCA va fatta tenendo conto dei criteri diagnostici pubblicati nella nuova edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) dell'American Psychiatric Association (2013). Tale classificazione è stata fatta con diversi obiettivi, primo tra tutti cercare di dare una maggiore continuità diagnostica tra adolescenza ed età adulta, adattando i criteri alla possibilità di formulare la diagnosi anche in età infantile e adolescenziale e unificando i disturbi dell'alimentazione con i disturbi della nutrizione, che nel DSM-IV (1994) erano inseriti tra i disturbi a insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza. All'interno del DSM-5 vi è il capitolo *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione* che include le seguenti diagnosi:

- Pica
- Disturbo da ruminazione
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da *binge-eating*
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione.

Un altro obiettivo significativo della revisione dei criteri diagnostici è stato quello di diminuire la numerosità delle diagnosi di disturbo alimentare non altrimenti specificato.

Ci sono stati anche cambiamenti nella diagnosi di alcune patologie come, per l'anoressia nervosa, i criteri del peso e dell'assenza di mestruazioni per almeno tre mesi (amenorrea): il peso è definito attualmente come «inferiore al minimo normale» (per bambini e adolescenti, inferiore a quello minimo previsto), mentre prima era richiesto un peso inferiore di almeno il 15% rispetto al peso ideale; il criterio dell'amenorrea è stato abolito. Per la bulimia nervosa, la frequenza degli episodi bulimici e delle condotte compensatorie richieste per la diagnosi è stata ridotta da due a una volta a settimana e sono stati aboliti i sottotipi diagnostici. La diagnosi di disturbo da binge-eating (BED), che nel DSM-IV era tra i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, come diagnosi proposta all'attenzione dei clinici per ulteriori ricerche, è stata inserita tra le diagnosi complete nel DSM-5. Nella nuova edizione del manuale compare anche una nuova categoria diagnostica

denominata disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, per distinguere i pazienti che hanno un calo ponderale significativo, non legato ai meccanismi psicopatologici tipici della anoressia nervosa, come la paura di ingrassare e il disturbo dell'immagine corporea. I pazienti con questo disturbo, infatti, possono presentare un'apparente mancanza di interesse per il cibo o un evitamento del cibo basato sulle sue caratteristiche sensoriali o una preoccupazione sulle conseguenze negative dell'alimentazione (ad esempio, paura di vomitare).

Classificazione dei DCA secondo il DSM-5

Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è un disturbo caratterizzato da una restrizione del cibo dovuta a una preoccupazione eccessiva per il peso e le proprie forme corporee, che si manifesta attraverso un'ossessiva paura di ingrassare e ricerca esasperata di magrezza. La preoccupazione per l'aspetto fisico è il pensiero dominante nelle pazienti anoressiche. Un pensiero però disturbato che influenza in maniera distorta la valutazione del peso, delle forme e della gravità della perdita del peso stesso. Le ragazze anoressiche rifiutano ogni logica di mantenere il loro peso entro dei limiti di normalità fisiologica, non riconoscendo neanche tutte quelle complicità di tipo medico-fisiologico derivanti dall'esasperata perdita del peso. Unico obiettivo è il controllo esasperato del peso, quindi tali ragazze attivano tutta una serie di comportamenti: non solo riduzione delle quantità di cibo che vengono introdotte, ma anche eliminazione totale di alcuni alimenti e preferenza di altri; elaborazione di strategie per evitare i pasti comuni; intensificazione dell'attività fisica e altro. Quella che, nelle ragazze anoressiche, poteva essere nata come una semplice voglia di divenire più magre si trasforma in un'illogica fobia di ingrassare: più le ragazze dimagriscono più tale fobia aumenta.

Da un punto di vista prettamente fisiologico, il corpo delle ragazze risponde, paradossalmente, con l'induzione di meccanismi biologici di protezione per la sopravvivenza, quali l'aumento dello stimolo della fame, dell'appetito e dei pensieri relativi al cibo: è a questi stimoli che le ragazze devono «resistere». Sono questi gli stimoli anche da tener sotto controllo ossessivo. Non sempre, però, si riesce ad arginare una spinta come quella

fisiologica della fame, che può trasformarsi in una vera e propria spinta compulsiva che porta le ragazze a mettere in atto delle grandi abbuffate, soprattutto di quei cibi tanto amati e che tanto si sono negate. A questa perdita di controllo, poi, alcune ragazze rispondono con comportamenti di tipo purgativo, che hanno un significato non solo liberatorio delle enormi quantità di calorie introdotte, ma anche e soprattutto di ripristinare il controllo sul proprio corpo. In base al tipo di comportamento messo in atto dalle ragazze anoressiche si possono distinguere due tipi di anoressia nervosa:

- Tipo restrittivo: la ragazza anoressica a comportamenti di tipo anoressico associa episodi di abbuffate compulsive senza mettere in atto comportamenti di tipo purgativo.
- Tipo purgativo: la ragazza alterna anche episodi di abbuffate compulsive con molti comportamenti di tipo purgativo.

La compromissione nutrizionale associata a tale disturbo ha un effetto sul normale funzionamento dei principali sistemi organici e può determinare una varietà di disturbi come l'amenorrea e anomalie di alcuni parametri vitali. Da notare come alcune di queste alterazioni fisiologiche siano reversibili, ma altre diventino irreversibili, come la perdita della densità ossea.

La fase di esordio di tale disturbo è prevalentemente nell'adolescenza, anche se sono stati descritti episodi di inizio precoci, prima della pubertà, ed episodi tardivi, dopo i 40 anni. Il decorso e la remissione dei sintomi nell'anoressia sono molto variabili: alcuni individui con anoressia guariscono completamente dopo un singolo episodio; altri vanno incontro a un decorso cronico negli anni.

Prima di fare diagnosi di anoressia è importante fare anche un tipo di diagnosi differenziale rispetto ad altre condizioni medico-psichiatriche che possono determinare un peso corporeo significativamente basso, quali malattie gastrointestinali, ipertiroidismo, sindrome da immunodeficienza acquisita. Anche condizioni psicopatologiche di tipo psichiatrico come la schizofrenia, il disturbo depressivo maggiore, il disturbo da ansia sociale possono determinare un forte calo di peso: in questi individui non si riscontrano la paura di ingrassare e distorsioni dell'immagine corporea.

Alta la comorbidità dell'anoressia con altri disturbi: molti individui con anoressia nervosa riferiscono la presenza di disturbi di ansia, depressione e disturbo bipolare.

Bulimia

La bulimia nervosa è un disturbo caratterizzato da una paura di ingrassare che porta la persona ad avere un relativo controllo del proprio peso: il peso viene mantenuto nella norma alternando tentativi di dimagrimento con abbuffate e comportamenti purgativi, soprattutto vomito autoindotto. In tempi brevi, un individuo introduce grandi quantità di cibo e diverse varietà di alimenti, con la sensazione di perdita di controllo. Le grandi quantità di cibo vengono eliminate attraverso comportamenti purgativi che servono ai soggetti per riacquistare il controllo sulla situazione. Alle abbuffate si accompagna un sentimento di vergogna che porta le persone a nascondere i loro sintomi. Le abbuffate avvengono in solitudine, quanto più segretamente possibile: l'individuo si abbuffa in solitudine fino a sentirsi sgradevole o dolorosamente pieno. Ciò che scatena l'abbuffata è, di solito, un'emozione negativa oppure situazioni soggettivamente stressanti. Alle abbuffate seguono sempre condotte compensatorie inappropriate per ridurre la paura dell'aumento di peso. La condotta di eliminazione più comune è il vomito autoindotto, che permette una riduzione immediata della sensazione di malessere fisico, oltre che della paura di ingrassare.

La bulimia nervosa si verifica soprattutto in soggetti di sesso femminile con esordio nell'adolescenza o nella prima età adulta. Il decorso può essere cronico o intermittente, con fasi di remissione alternate a fasi di ricomparsa delle abbuffate. Il rischio di suicidio è elevato nella bulimia: un'attenta indagine delle persone affette da bulimia dovrebbe comprendere la valutazione delle ideazioni e dei comportamenti suicidari. In generale, la sfera della vita sociale di persone con bulimia è compromessa a causa della irrefrenabile voglia di assumere grandi quantità di cibo con la relativa sensazione di vergogna.

Un'attenta valutazione proprio del tipo e della qualità delle abbuffate permette una diagnosi differenziale rispetto ad altri disturbi: nell'anoressia e nel disturbo di binge-eating alle abbuffate non sempre seguono condotte compensatorie inappropriate. Nel disturbo depressivo maggiore con caratteristiche atipiche e nella sindrome di Kleine-Levin l'iperfagia è tipica, ma gli individui con questi disturbi non adottano condotte compensatorie inappropriate e non mostrano eccessiva preoccupazione per la forma e il peso del corpo. Alta è la percentuale di comorbidità della bulimia con una vasta gamma di disturbi mentali. Negli individui con bulimia nervosa vi

è un'elevata frequenza di sintomatologia depressiva, disturbi bipolari e disturbi della sintomatologia ansiosa. Inoltre, una percentuale consistente di individui con bulimia mostra anche disturbi borderline di personalità.

Il contesto familiare: ottica sistemico-relazionale

Un terapeuta sistemico considera la famiglia come un sistema interagente in cui i singoli membri si influenzano reciprocamente. Infatti, come ogni sistema, anche la famiglia è caratterizzata da circuiti di azione e di retroazione, per cui il comportamento di ogni singolo membro familiare influenza ed è influenzato dal comportamento degli altri membri. Questa visione porta ad alcune considerazioni:

- l'individuo non è isolato, ma piuttosto è una persona che agisce e reagisce a diversi gruppi o sistemi sociali;
- l'individuo è influenzato dai gruppi sociali, quindi dal contesto in cui vive e, a sua volta, influenza il contesto;
- l'individuo non è una persona intesa come somma di «funzioni psichiche», ma come funzione di infinite relazioni.

La famiglia viene a essere uno dei tanti sistemi sociali in cui un individuo si trova a interagire: importanti sono sia le relazioni che ogni singolo membro ha con l'intero sistema familiare, sia le relazioni che tutto il sistema familiare ha con l'intero contesto sociale in cui vive. La famiglia, in particolare, è un gruppo sociale naturale che regola le reazioni dei suoi componenti, rispetto a stimoli che provengono sia dall'interno che dall'esterno. La sua struttura e la sua organizzazione proiettano e qualificano le singole esperienze dei vari membri. Importante, allora, è costruire ipotesi basate sull'osservazione dell'interazione dell'individuo con l'ambiente. A tal proposito Gregory Bateson elabora una sua metafora sulla mente:

Considera un uomo che sta abbattendo un albero con un'accetta. Ogni colpo dell'accetta è modificato o corretto, a seconda del taglio della superficie dell'albero lasciata dal colpo precedente. Questo processo autocorrettivo si compie per mezzo di un sistema totale: albero-occhi-cervello-muscoli-accetta-colpo-albero; ed è questo sistema totale che ha le caratteristiche della mente.

IL PROGETTO

La stesura del progetto ha avuto su chi lo ha pensato e realizzato un impatto davvero importante. Più professionisti, più Servizi allo stesso tavolo per trovare un percorso di pensiero comune e condiviso, che tenesse conto della complessità del tema, i disturbi del comportamento alimentare, che coniugasse un lavoro di stampo clinico con gli Interventi Assistiti con gli Animali e che includesse anche un lavoro con i cani del canile a cui non si doveva solo «levare», cioè utilizzare le loro risorse interne, la loro presenza, per offrirli nel processo di cura alle pazienti, ma dove questi animali potessero anche «prendere» dalle pazienti e cioè, attraverso l'interazione con le ragazze, acquisire fiducia, ricevere amore, imparare modelli adeguati di comportamento affinché il loro futuro non fosse quello di rimanere in canile ma di essere adottati.

È occorso circa un anno di lavoro per pensare e scrivere il progetto. Si voleva proporre un lavoro di qualità, trovare modalità utili al loro processo di cura per pazienti con DCA, ma nello stesso tempo accattivanti, nella consapevolezza che in questa patologia il rischio di drop out (abbandono) è molto alto, e individuare quegli strumenti testistici che potessero davvero misurare gli eventuali cambiamenti delle pazienti.

Inoltre bisognava individuare una griglia utile a raccogliere aspetti comportamentali dei cani.

Nella stesura si è seguito il format per la presentazione dei progetti scientifici che richiede il Centro di Referenza Nazionale per gli Interventi Assistiti con gli Animali. Lo proponiamo di seguito nella sua forma integrale.

«Argo, un amico speciale». Progetto scientifico monocentrico di TAA rivolto a persone con disturbi del comportamento alimentare

Responsabile scientifico: dr.ssa Michela Romano, psicologa psicoterapeuta.
Sede di realizzazione: Centro Pet Therapy ULSS 4 Alto Vicentino, ora ULSS 7 Pedemontana.

Enti coinvolti e professionalità interessate:

- ULSS 4 Alto Vicentino:
 - Ivano Scorzato, responsabile del Centro Pet Therapy e medico veterinario
 - Michela Romano, psicologa psicoterapeuta del Centro Pet Therapy
 - Patrizia Todisco, medico psichiatra e responsabile clinico del Servizio DCA
 - Cinzia Ionata, psicologa psicoterapeuta familiare del Servizio DCA
 - Arianna Bigarella, psicologa psicoterapeuta del Servizio DCA.
- ULSS 6 Vicenza:
 - Chiara Menardi, educatore professionale
 - Daniele Baldin, medico veterinario
 - Mariangela Scarpino, medico veterinario.
- ENPA Vicenza:
 - Alice Michelin, volontaria
 - Alessandro Zoppi, volontario
 - Fabrizia Melchiorre, volontaria.

Descrizione del progetto

Introduzione

I DCA sono manifestazioni psicopatologiche caratterizzate da intensa preoccupazione riguardo al cibo, al peso e alla forma del proprio corpo. Tali disturbi sono più frequenti nel sesso femminile e insorgono prevalentemente nell'età adulta; l'eziologia non è ancora del tutto chiara, ma è determinata da una complessa interazione di fattori genetici e ambientali; presentano importanti complicanze mediche e un'elevata comorbidità psichiatrica. Caratteristica comune a entrambi i disturbi è la presenza di un'alterata percezione del peso e della propria immagine corporea.

Alcuni dei fattori comuni agli individui affetti da tale patologia sono:

- Disturbo dell'autoregolazione derivante dalla menomazione della regolazione degli affetti;

- Difficoltà nel processo di separazione-autonomia;
- Intolleranza alle frustrazioni;
- Sintomi ossessivi e depressivi;
- Relazione disturbata tra paziente e genitore.

Il percorso terapeutico o riabilitativo con questi pazienti non è semplice, in quanto sono preoccupati dai cambiamenti e dalle relazioni «intime». Questo significa che non è semplice costruire un'alleanza terapeutica. Si riesce a portarli a un peso adeguato alla sopravvivenza, magari a sviluppare maggiori abilità adattive, ma non è semplice modificare il loro bisogno di controllo.

Da qui l'idea di un progetto di Terapia Assistita con gli Animali, in particolare con i cani, per permettere loro di sperimentare una relazione di vicinanza e intimità attraverso canali relazionali e comunicativi differenti. L'animale infatti comunica e ricerca la persona in modo assolutamente differente dalla modalità utilizzata nella relazione uomo-uomo. Quindi questi pazienti cominciano a sperimentare emozioni, relazioni differenti dal solito.

Il cane è un mediatore relazionale ed emozionale molto particolare; la sua capacità di stare con l'uomo, di cogliere il suo bisogno di vicinanza/lontananza, di gestire il rifiuto dell'altro senza ripercussioni emotive, di mostrare felicità quando ricercato, permette a pazienti con strutture difensive maladattive di potere rivalutare la presenza autentica e genuina dell'altro (Rogers, 1997). Queste esperienze che il paziente fa attraverso la presenza del cane vengono riformulate, esplicitate e rese più «visibili» grazie alla presenza del referente di intervento (psicologo o educatore professionale) e quindi man mano il paziente sarà in grado di integrarle nella sua esperienza cognitiva ed emotiva e ciò favorirà il rafforzamento di un Sé fragile.

Il progetto nasce dalla collaborazione tra il Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ULSS 4 e l'Unità Operativa Pet Therapy. Il progetto è suddiviso in due parti, la prima prevede interventi presso il Centro di Pet Therapy dell'ULSS 4, la seconda interventi presso il Rifugio del cane di Vicenza. In particolare il Servizio per i DCA si occuperà di individuare i pazienti, definire gli obiettivi terapeutici, scegliere e somministrare i test da applicare alle pazienti. L'UO Pet Therapy sceglierà le coppie cane-coadiutore idonee e con il medico veterinario del canile individuerà i cani più idonei da proporre alle pazienti per il raggiungimento degli obiettivi clinici.

Il target del progetto è costituito da ragazze anoressiche dai 13 ai 19 anni seguite dal Servizio dell'ULSS 4 per i DCA.

Obiettivo del progetto è quello di rendere consapevoli le pazienti delle loro reali capacità relazionali e comunicative, aiutandole a migliorare in

queste aree, sostenerle nel prendersi cura dell'altro, il cane, con l'obiettivo di diminuire gli aspetti di ansia, di insicurezza, di chiusura dell'animale inserito nel contesto del canile. Nel momento in cui il cane attraverso questo lavoro diventerà più sicuro di sé, vedrà l'uomo come soggetto che può aiutarlo e di cui si può fidare e sarà pronto a un progetto di adozione andando incontro a una vita differente e più gratificante rispetto a quella che il canile può offrirgli. Il percorso di «abilitazione verso un nuovo modello di vita» del cane è molto simile a quello che possono fare i pazienti con DCA nel processo di cambiamento verso una qualità di vita. I temi della fiducia in se stessi e nell'altro, della diminuzione del controllo, del cominciare ad approcciarsi alla quotidianità in modo differente sia dal punto di vista del fare (comportamenti) che del sentire (emozioni) appartengono sia alle pazienti in oggetto che all'animale. Parallelamente al primo ci si propone un secondo obiettivo, quello di migliorare la vita sociale dei cani presenti nel Rifugio, lavorare sulla socializzazione intra-specifica, interspecifica e ambientale in modo da aumentare la probabilità di una loro adozione.

Bibliografia

- Bracken B.A. (1996), *TRI. Test delle Relazioni Interpersonali*, Trento, Erickson.
- Derogatis L.R. (1994), *SCL-90-R. Symptom Checklist 90-R*, Firenze, Giunti O.S.
- Faccio E. (2003), *Il disturbo alimentare*, Roma, Carocci.
- Garner D.M. e Garfinkel P.E. (1979), *Eating Attitude Test*, «Psychological Medicine», vol. 9, pp. 273-279.
- Ostuzzi R. e Luxardi G.L. (2003), *Figlie in lotta con il cibo*, Milano, Baldini Castoldi Dalai.
- Ostuzzi R. e Luxardi G.L. (2007), *Un boccone dopo l'altro*, Milano, Baldini Castoldi Dalai.
- Sica C., Chiri L.R., Favilli R. e Marchetti I. (2011), *Test Q-PAD. Questionario per la Valutazione della Psicopatologia in Adolescenza*, Trento, Erickson.
- Vandereycken W. e Van Deth R. (1995), *Dalle sane ascetiche alle ragazze anoressiche*, Milano, Raffaello Cortina.

Obiettivi del progetto

Obiettivo del progetto è quello di rendere consapevoli le pazienti delle loro reali capacità relazionali e comunicative, aiutandole a migliorare in queste aree, sostenendole nel prendersi cura dell'altro.

Il lavoro sarà costruito in modo da favorire il miglioramento del processo di separazione/autonomia, la regolazione degli affetti e della sintomatologia depressiva e ossessiva. Il raggiungimento degli obiettivi verrà misurato tramite la somministrazione di test a T_0 e T_1 .

Obiettivi primari:

- Verificare se la TAA concorre a migliorare le aree di sviluppo relazionali e comunicative
- Verificare se la TAA concorre al miglioramento del processo di separazione/autonomia.

Obiettivi secondari:

- Diminuzione dello stato di ansia
- Diminuzione della sintomatologia depressiva
- Diminuzione della sintomatologia ossessiva
- Regolazione degli affetti.

Per indagare i suddetti obiettivi verrà utilizzata una batteria testistica composta da:

- SCL-90 – *Symptom Checklist-90* (Derogatis, 1994), al fine di valutare, attraverso il confronto tra T_0 e T_1 , specifici cambiamenti relativi alle aree psicologiche della somatizzazione, della sintomatologia ossessiva, della sensibilità interpersonale, rabbia e ostilità.
- EAT-40 – *Eating Attitude Test* (Garner e Garfinkel, 1979) per quanto riguarda la sintomatologia alimentare.
- Q-PAD C – *Questionario per la Valutazione della Psicopatologia in Adolescenza* (Sica et al., 2011) al fine di valutare significativi cambiamenti nell'area relazionale e comunicativa andando a confrontare i punteggi ottenuti nelle aree conflitti interpersonali, problemi familiari, autostima e benessere.
- TRI – *Test delle Relazioni Interpersonali* (Bracken, 1996), che permette di valutare in modo rapido e preciso l'adeguatezza delle relazioni interpersonali dei ragazzi dai 9 ai 19 anni in tre ambiti diversi: sociale (coetanei maschi e femmine), scolastico (insegnanti) e familiare (padre e madre).

Sub-obiettivo previsto per i cani del canile:

- Aumento della prosocialità
- Miglioramento del grado di adottabilità per i cani coinvolti nel progetto.

Il progetto: le sedute

Il progetto ha previsto in tutto 12 incontri, quattro presso il Centro Pet Therapy dell'ULSS 4 Alto Vicentino e otto presso il Rifugio del cane di Vicenza. Ciascun incontro ha la durata di un'ora e mezza. Perché la scelta di due sedi? Partire da un setting più strutturato come quello del Centro Pet Therapy ci permette di avere il giusto contesto per potere costruire l'alleanza terapeutica utile al fatto che le pazienti possano aprirsi a un complesso lavoro clinico. Al Rifugio del cane ci si è arrivati in un secondo momento, dopo avere avuto chiaro il funzionamento interno di ciascuna ragazza, dopo aver compreso bene il loro assetto emotivo e la loro motivazione: il canile muove tantissime emozioni e bisognava essere certi che loro potessero affidarsi e condividere con gli specialisti le esperienze emozionali esperite in quel posto. Sentire tanti cani abbaiare, guardare i loro occhi, cogliere le loro paure, la loro voglia di riscatto, fare i conti con i box e il lungo tempo passato dagli animali lì dentro sicuramente suscita un turbinio di emozioni che debbono essere esplorate; per potere fare questo è necessario che il gruppo sia sentito come «gruppo che sostiene e contiene».

Come si è arrivati a tutto questo? Scandendo il tempo delle sedute, scegliendo accuratamente gli argomenti da trattare o approfondire, scegliendo i cani che avrebbero facilitato l'apertura di alcuni canali comunicativi ed emozionali e trovando giusti strumenti clinici per raccogliere i vissuti delle adolescenti. Affinché il modo di operare sia, per il lettore, più chiaro possibile ci sarà prima una breve descrizione di ciò che è stato messo in atto per ogni singola seduta e nei paragrafi successivi si spiegherà, anche in termini clinici, il processo terapeutico. I nomi e i fatti raccontati sono modificati per salvaguardare la privacy delle pazienti.

Prima seduta

Presenti oltre alle ragazze:

- la psicologa psicoterapeuta familiare del Servizio dei DCA;
- la psicologa psicoterapeuta del Servizio dei DCA per la somministrazione dei test;

- la psicologa psicoterapeuta del Centro Pet Therapy, che conduce il gruppo;
- l'educatrice del Centro Pet Therapy con il compito di coadiuvare il gruppo assieme alla psicologa psicoterapeuta;
- il medico veterinario in funzione di coadiutore dei cani e di esperto nell'osservazione del comportamento dell'animale;
- i cani Pippi e Pedro.

Durante la prima seduta è stato presentato attraverso alcune slide il progetto, descrivendo i meccanismi degli IAA, i possibili ambiti di intervento, ciò che l'interazione con l'animale può suscitare in loro come possibilità di esplorare vissuti, emozioni, obiettivi, ecc. È stato dedicato del tempo alla somministrazione dei test, mentre la terapeuta familiare assieme alla psicologa psicoterapeuta del Centro Pet Therapy incontra i genitori per ulteriori chiarimenti. A quel punto sono stati fatti entrare i cani scelti per quella seduta, Pedro e Pippi, rispettivamente un volpino bianco di circa 11 kg e un bovaro del bernese, entrambi di 4 anni d'età, di proprietà della psicologa psicoterapeuta del Centro. Dopo l'interazione spontanea delle ragazze con i cani e dopo aver cominciato a osservare il loro modo di entrare in relazione con l'altro (dove per «altro» si intende sia il cane sia anche le altre ragazze e noi conduttori del gruppo), è stato condiviso il doppio obiettivo del progetto:

- offrire alle ragazze un setting dove potessero affrontare le loro difficoltà relative alle relazioni e ai vissuti interni di ciascuna;
- offrire ai cani del canile una possibilità di riparazione rispetto al loro modello relazionale (cani diffidenti, o molto agitati, o molto paurosi e quindi con scarsissime possibilità adottive), per potere sviluppare quegli aspetti interni e capacità comportamentali che possano favorire una più facile adozione.

Il medico veterinario del Centro Pet Therapy comincia a parlare del contesto canile. Insieme al gruppo si fanno le prime riflessioni, emergono le prime resistenze ma nessuno decide poi di mollare.

Le attività fatte a livello pratico con il cane sono:

- interazione spontanea.

Seconda seduta

Presenti:

- le ragazze;
- psicologa psicoterapeuta, educatrice, medico veterinario del Centro;
- i cani Pedro e Dory.

Sono presenti i cani Pedro e Dory, rispettivamente della psicologa e del veterinario. Il lavoro è quello di cominciare a dare alle ragazze dei primi strumenti per potere leggere i comportamenti dei cani, in particolare del loro modo di entrare in relazione, cioè come porsi per aiutarli nell'apertura nei confronti delle persone. La differente tipologia di cane ha permesso loro di osservare differenti modi di comunicazione e, dunque, fare sperimentare come anche loro ragazze dovevano comportarsi in modo diverso per offrire all'animale il maggiore confort possibile. Vedremo in seguito quanto è stato importante e impegnativo per loro questo aspetto.

Poi è stato il momento di una successiva interazione spontanea tra ragazze e cani, ma questa volta, per chi lo desiderava, da terra: alle ragazze è stato proposto di sedere su cuscini plastificati morbidi, potendo scegliere se stare vicino o distante dalle altre ragazze. Anche questo aspetto del sedersi per terra ha un suo grande valore terapeutico: sono generalmente ragazze che fanno fatica a sporcarsi a causa dei comportamenti controllanti, fino ad arrivare ai rituali ossessivi.

Dopo un primo momento di interazione silenziosa si è passati a momenti di esplorazione rispetto a ciò che stava accadendo e le emozioni e i pensieri hanno trovato posto in un cartellone che ha cominciato a delineare un inizio di spazio condiviso.

Le attività svolte a livello pratico con il cane sono state:

- interazione spontanea;
- richiamo piegati sulle ginocchia.

Terza seduta

Presenti: