



# **INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI NELL'AMBITO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Elaborato finale di  
**Francesca Falzone Marsili**

Per il corso  
**Coadiutore del cane in Interventi Assistiti con Animali**

Anno  
**2017/2018**

## INDICE

1. INTRODUZIONE
2. COSA SONO GLI INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI
  - 2.1 LA TERAPIA ASSISTITA CON ANIMALI (TAA)
3. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
4. LE TAA NEL REPARTO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
5. I BENEFICI DELLE TAA NEGLI ADOLESCENTI CON DCA
6. CONCLUSIONI
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA



## 1.

### INTRODUZIONE

La scelta di approfondire tale argomento deriva da un'emozione fortissima provata durante un tirocinio osservativo. All'interno di un ospedale, ho potuto vedere con i miei stessi occhi quanto il cane abbia aiutato una ragazza affetta da disturbo del comportamento alimentare, presente nel reparto in quel momento.

La voglia di alzarsi solo per accarezzare o accudire il cane, è stata una profonda gioia, non solo per me e il coadiutore che stava lavorando a quel progetto, ma soprattutto per i genitori che erano assieme alla propria figlia in quella stanza.

Veder sorridere quella ragazza per l'ingresso del cane nella stanza, mi ha fatto riflettere quanto la Pet Therapy possa aiutare questi adolescenti. Vederla abbracciare il cane, dargli da bere e da mangiare, accarezzarlo in maniera così delicata, mi ha emozionato a tal punto da voler approfondire tale argomento.

L'intenzione di questo elaborato è quella di esaminare in che modo le terapie assistite con gli animali (TAA) possano aiutare gli adolescenti affetti da disturbi del comportamento alimentare e quali sono i benefici derivanti da tali terapie.

## 2. COSA SONO GLI INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI

Gli Interventi assistiti con gli animali (IAA), genericamente indicati con il termine *Pet Therapy*, indicano una serie di attività, che si basano sul rapporto uomo-animale (nelle quali, infatti, sono impiegati animali domestici, quali per esempio il cane, il gatto, il coniglio, oppure il cavallo e l'asino) ed hanno valenza terapeutica, riabilitativa, educativa e ludico-ricreativa. Tali interventi contribuiscono a promuovere attività emozionali e rilassanti, che riducono il senso di isolamento e solitudine, l'ansia e gli stati depressivi, fino a far diminuire la percezione del dolore.

Come disciplinato dalle *Linee Guida Nazionali* del 2015, tali interventi sono destinati principalmente a persone con disturbi della sfera psichica, mentale, fisica e neuromotoria, di qualunque origine, ma possono essere sfruttati anche per persone in buona salute.

Secondo gli obiettivi e gli ambiti, questi interventi si suddividono in:

### **1. Terapia assistita con gli animali (TAA)**

La TAA è un intervento con fini terapeutici, che ha l'obiettivo di guarire i disturbi inerenti la sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale. È pertanto un intervento per persone che hanno determinate patologie fisiche, psichiche, sensoriali o plurime; ed ogni paziente ha il suo intervento personalizzato, il quale richiede una prescrizione medica.

### **2. Educazione assistita con gli animali (EAA)**

La EAA è un intervento educativo con il quale vengono promosse capacità e possibilità di crescita e creatività individuale, di rapporto ed inserimento sociale delle persone in difficoltà. Questa tipologia di intervento migliora la qualità della vita della persona e aiuta a incrementare l'autostima dell'utente coinvolto.

### **3. Attività assistita con gli animali (AAA)**

La AAA è un intervento che ha obiettivi ludico-ricreativi e di socializzazione, che favorisce il benessere e la corretta relazione uomo-animale. In tali interventi si approfondisce la conoscenza della relazione con l'animale, introducendo diversi stimoli sensoriali ed emozionali. Queste attività possono essere svolte per il singolo individuo o in gruppo e insegnano il principio del rapporto uomo-animale per la reciproca serenità.

#### **2.1. TERAPIA ASSISTITA CON GLI ANIMALI (TAA)**

Le terapie assistite con gli animali sono delle vere e proprie attività terapeutiche, documentate e valutate, che hanno lo scopo di migliorare le condizioni fisiche, sociali ed emotive di particolari categorie di persone, utilizzando determinate tecniche con specifici obiettivi predefiniti per ciascun destinatario dell'intervento e vengono effettuate in gruppo oppure individualmente. Gli obiettivi possono essere di tipo fisico, psichico, educativo o motivazionale.

Naturalmente esse si pongono come terapie di supporto ad un trattamento, sia esso medico o psicologico, per il tipo di patologia presa in considerazione. Bisogna sottolineare, quindi, che non è assolutamente sufficiente inserire un animale all'interno di un programma terapeutico di disagio, senza che vi sia alla base una logica spiegazione, uno scopo preciso, una chiara tecnica e soprattutto animali adatti, che rispondano a determinati requisiti attitudinali, sanitari e di capacità.

Alla fine del XVIII secolo, i medici iniziarono a prescrivere le prime terapie assistite con animali, consigliando le sedute di ippoterapia per il controllo posturale dei pazienti.

In seguito, negli anni sessanta, grazie allo psichiatra canadese Boris Levinson, si iniziò a considerare il valore terapeutico dell'animale, come ponte comunicativo con il paziente e venne inserita, nell'ambito della psicologia clinica, questo tipo di terapia.

Dall'intuizione di Levinson, la Terapia Assistita con gli Animali vide nella neuropsichiatria infantile uno dei suoi campi d'elezione: inizialmente prestò la propria opera per i bambini autistici, aiutandoli a potenziare il loro contatto con la realtà; successivamente, la relazione con il cane venne utilizzata anche con piccoli pazienti psicotici, con sindrome ossessivo-compulsiva, con disturbi da deficit dell'attenzione/iperattività e disturbi comportamentali ed emotivi.

L'elemento principale delle TAA è che esse sottostanno ad un progetto ben definito ed ideato da un'equipe multi-disciplinare, dove vi sono comprese varie figure, fra le quali:

- Responsabile di progetto: guida il team definendo quali sono gli obiettivi del progetto, come verrà attuato ed, infine, valutato. Tale figura deve essere un medico specialista o uno psicologo-psicoterapeuta;
- Medico veterinario esperto in IAA: assiste il responsabile di progetto, scegliendo la tipologia di animale più appropriata e la coppia coadiutore–animale più adatta all'intervento, giudicandone i requisiti sanitari e comportamentali dell'animale;
- Coadiutore dell'animale: gestisce l'animale durante gli interventi; impegnandosi a coordinare correttamente l'animale ai fini dell'interazione e a valutare il suo stato di salute e di benessere, secondo i criteri stabiliti dal medico veterinario;
- Referente di Intervento: gestisce l'utente durante l'intervento, allo scopo di raggiungere gli obiettivi proposti dal progetto; per tale motivo viene identificata, da parte del responsabile di progetto, un'idonea figura professionale dell'Area sanitaria di cui al D.I. 19/02/2009 o appartenente alle professioni sanitarie (ex Legge 43/2006 e D.M. 29/03/2001) e di documentata esperienza e competenza.

Prima di attuare un qualsiasi intervento di TAA, è necessario svolgere una valutazione psicodiagnostica dei pazienti che ne usufruiranno ed anche un'attenta osservazione delle aree più difficili su cui esse andranno a muoversi.

Nei soggetti coinvolti nelle Terapie Assistite con gli Animali, sono stati dimostrati progressi relativamente alle capacità relazionali e all'interazione: pazienti molto chiusi in sé stessi, perché traumatizzati o incapaci di stabilire legami affettivi in seguito a un lutto, un abuso sessuale o uno shock emotivo, dopo aver incontrato gli animali, sono risultati più inclini a comunicare, prima di tutto con l'animale, prendendosi cura di lui, e successivamente, tramite l'animale, a comunicare con gli altri esseri umani.

Allo stesso modo, in ambito medico, l'animale può aiutare la relazione con le figure professionali vicine ai pazienti (come per esempio i medici, gli psicologi, gli infermieri ecc...) e quindi può contribuire ad una maggior accettazione del trattamento di cura.

Peter Ronald Messent, studioso del comportamento animale, giudica l'animale un “*facilitatore sociale*”, in quanto elemento di novità, che genera curiosità e crea comunicazione e contatto, che può relazionare le persone in difficoltà con il mondo esterno, lasciandoli impiegare la comunicazione gestuale e non verbale.



Il cane può essere anche una base per comuni interessi, i quali portano le persone ad aggregarsi e a condividere i loro sentimenti; inoltre, può provocare un giudizio positivo sociale nelle altre persone vicine, in quanto l'individuo al suo fianco sarà impegnato nell'accudirlo e nel proteggerlo, superando qualsiasi barriera relazionale.

Per le TAA è richiesta una redazione progettuale molto particolare, che dovrà essere distinta per ogni intervento, il quale dovrà poi essere monitorato in ogni sua fase, sugli effetti in itinere e su eventuali problematicità. In primis è necessaria, da parte del medico curante, la prescrizione per tale intervento e solitamente, viene ascoltato anche uno psicologo o psicoterapeuta o un medico specialista.

Successivamente, si indica il responsabile del progetto e si inizia capire, assieme ai familiari e alle figure sanitarie, quali sono i bisogni del paziente (che sarà poi il destinatario dell'intervento) e le situazioni pericolose in cui si può cadere durante lo stesso progetto.

Più avanti, si scelgono i componenti dell'equipe multidisciplinare, come prima specificata: medico veterinario specializzato in TAA, coadiutore e referente di intervento. Una volta composta la squadra e capite le necessità del paziente, si lavora alla redazione del progetto, nel quale sono selezionati gli strumenti per crearlo nel migliore dei modi ed i criteri per monitorarlo e valutarlo; così da consegnare anche i risultati finali ai medici interessati al progetto ed agli eventuali familiari.

L'intervento quindi, lo ripetiamo, deve essere adattato al paziente e alle sue esigenze e, spesso, le fasi delle TAA si possono elencare in alcuni punti fondamentali, quali per esempio:

1. Una prima conoscenza e presentazione dell'animale, parlando dei rapporti con l'animale e delle esperienze precedenti, presenti o immaginarie;

2. L'avvicinamento all'animale presente, dove il coadiutore lo presenta, descrivendolo e rispondendo ai dubbi su come avvicinarsi allo stesso;
3. Il contatto vero e proprio con l'animale, dove si approfondisce l'accudimento e l'esplorazione di tutti i sensi;
4. Una fase libera, nella quale il terapeuta osserva i comportamenti che il paziente ha nei confronti dell'animale;
5. La fase conclusiva dove si svolge una autovalutazione dell'intervento da parte dei pazienti ed una proposta di attività per gli incontri successivi.

Il progetto deve prevedere, inoltre, il numero di sedute che si vuole concretizzare, specificandone il calendario e la durata di ogni seduta; deve indicare le difficoltà del paziente da affrontare e le attività da mettere in pratica in ogni seduta assieme all'animale.

Infine, nel progetto devono essere individuate le risorse umane ed economiche disponibili per raggiungere gli obiettivi impostati inizialmente, e devono essere precisati i luoghi, anche chiamati *setting*, dove poter svolgere l'intervento, modificandolo se necessario per il benessere dell'animale.

Durante l'avanzamento del progetto, viene messa in atto la fase di monitoraggio, che ha lo scopo di modificare la programmazione o le attività degli interventi, nel caso ci siano particolari esigenze differenti rispetto a quelle concordate inizialmente. Vengono monitorati sia l'animale che l'utente, per valutare la loro relazione ed eventuali mutamenti caratteriali o stati di malessere dell'uno e dell'altro; nel primo caso, sarà il coadiutore a rilevare cambiamenti o difficoltà nell'animale, mentre, sarà compito del referente compilare una scheda di monitoraggio in merito alle risposte positive o negative sullo stato dell'utente.

Al termine della realizzazione del progetto, vengono confrontati gli obiettivi inizialmente concordati con i risultati ottenuti, concentrandosi sui cambiamenti che l'utente ha manifestato nel corso del tempo, i quali sono stati periodicamente relazionati e standardizzati per una corretta valutazione scientifica.

### **3. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)**

I disturbi del comportamento alimentare prevalgono nei paesi occidentali capitalizzati, in aree ad alta urbanizzazione, sia per lo stile di vita prevalente, sia perché essere magri è ormai un valore socialmente desiderabile: le riviste, la televisione, la pubblicità propongono, soprattutto per le donne, lo stereotipo ideale della perfetta forma fisica. L'approvazione altrui è dunque troppo spesso basata sull'aspetto fisico, come pure l'autostima; la magrezza, quindi, è divenuta sinonimo di successo e competitività sociale.

In generale, negli ultimi decenni, l'incidenza dei disturbi della condotta alimentare è andata aumentando, sia in relazione ad un incremento dell'incidenza dei disturbi stessi, sia per una maggiore sensibilizzazione sociale nei loro confronti. È una patologia socialmente trasversale, non più della sola borghesia, ed è individuata anche nell'infanzia o fra gli adulti, non solo fra gli adolescenti. Una caratteristica quasi sempre presente in chi soffre di un disturbo alimentare è l'alterazione dell'immagine corporea che può arrivare ad essere un vero e proprio disturbo.

L'età media d'esordio è compresa tra i 15 e i 19 anni per l'anoressia nervosa e tra i 20 e 24 anni per la bulimia nervosa. Entrambe le patologie sono più frequenti nel sesso femminile.

Nello sviluppo dei Disturbi del Comportamento Alimentare sono implicati fattori socio culturali, familiari ed individuali. La pressione socio culturale, come già si è detto, enfatizza l'importanza della magrezza e spinge a intraprendere diete dimagranti, che costituiscono un elevato fattore di rischio.

Il successo di una dieta può rinforzare l'intento di dimagrire, mentre l'insuccesso può creare insicurezza sulla propria capacità di tenere il controllo, fino a cedere ad una condotta alimentare sregolata, abbandonandosi alle abbuffate alimentari.

L'età più a rischio, non a caso, è l'adolescenza, quando il corpo cambia e il soggetto deve costituire una nuova immagine di sé. La differenza tra il sé reale e quello ideale, frequentemente illusorio, crea sentimenti di insufficienza e trascina in comportamenti alimentari patologici. Comune ad entrambi i disturbi è la bassa autostima, che spinge a sottoporsi a sacrifici insensati per dimostrare di valere.

La famiglia ha le sue responsabilità. Tra i fattori familiari predisponenti ci sono l'ereditarietà, la presenza di disturbi dell'umore o abuso di sostanze o obesità; tra quelli precipitanti si annoverano eventi stressanti, quali il divorzio dei genitori, il decesso di un parente, abusi fisici, un clima familiare caratterizzato da elevato livello di emotività espressa (ad esempio commenti troppo critici verso il figlio o la figlia). Solo una piccola percentuale di persone che soffrono di un disturbo dell'alimentazione chiedono aiuto.



Molti pazienti sono meticolosi, compulsivi e intelligenti, spesso estroversi e impulsivi; presentano standard molto alti di realizzazione e di successo.

I disturbi dell'alimentazione sono raggruppati in tre categorie: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS), come il disturbo da alimentazione incontrollata.

- **Anoressia nervosa**

Il termine anoressia deriva dal greco “an-orexis” e significa letteralmente “mancanza di appetito”. Tale definizione non appare molto appropriata, in quanto il punto centrale dell'anoressia nervosa non è il fatto di non sentire la fame (che principalmente è solo negata), ma è un desiderio patologico di essere magre.

L'anoressia nervosa è delineata da una costante ricerca della magrezza, da una paura morbosa dell'obesità, dal rifiuto di tenere un peso corporeo entro i valori minimi normali e, nelle donne, da amenorrea.

Tale disturbo insorge prevalentemente in ragazze o in giovani donne (86% femmine e 14% maschi) e solitamente, l'esordio sopraggiunge durante l'adolescenza; infatti, più del 50% delle ragazze già in età prepubere (entro i 12-13 anni), segue una dieta o adotta altre misure per tenere sotto controllo il peso.

Tale disturbo provoca sul corpo differenti effetti, quali l'assenza delle mestruazioni, la diminuzione della massa ossea, della massa muscolare cardiaca e delle dimensioni delle camere cardiache; proprio per tale motivo possono verificarsi tachiaritmie ventricolari che portano a decessi improvvisi.

L'anoressia nervosa può essere lieve e transitoria, grave o di lunga durata. La maggior parte dei pazienti sono già magri prima del manifestarsi di tale disturbo e, molto spesso, restano preoccupati per il loro peso corporeo e limitano l'assunzione di cibo per il resto della loro vita.

I pazienti anoressici sono spesso manipolativi, mentono sull'assunzione di cibo e agiscono di nascosto, sempre con una rigida autodisciplina; hanno ‘fama’ di essere persone dure e determinate, ma in realtà hanno molte paure e ansie. In alcuni casi mettono in atto dei veri e propri “rituali”, come sfruttare tanto tempo per mangiare anche piccole quantità di cibo, spezzare il cibo in tante piccole porzioni, ammassarlo o nascondere, oppure cibarsi solo di alcuni alimenti preparati in un modo differente.

Molti anoressici, inoltre, svolgono un'attività fisica in modo esagerato pur di mantenere sotto controllo il peso, non mostrando sintomi di carenze nutrizionali o predisposizione alle infezioni.

L'esordio può essere come reazione ad un commento scherzoso sull'aspetto fisico oppure può dimostrarsi graduale e insidioso.

Il cibo e la fame dominano comunque l'universo psichico di questi soggetti, che spesso studiano diete e calorie, accumulano, nascondono e gettano via il cibo, oppure collezionano ricette, cucinano piatti elaborati, che fanno consumare ai familiari e che loro neppure assaggiano.

Al disturbo dell'immagine corporea, si associa la negoziazione della malattia: i pazienti affermano di sentirsi perfettamente in salute, efficienti e rifiutano le cure ed i tentativi di aiuto, infatti molto spesso non collaborano con il medico, o addirittura negano apertamente la malattia.

- **Bulimia nervosa**

Etimologicamente, la parola bulimia significa "fame da bue" e si contraddistingue per la presenza di crisi bulimiche (o "abbuffate") a cui seguono comportamenti di compensazione per cercare di evitare l'aumento di peso.

La bulimia affonda le sue radici nello stesso terreno dell'anoressia, ma presenta qualche differenza e solitamente una prognosi migliore. Anche in questo caso, è presente l'intensa paura di aumentare di peso, unita ad una valutazione del proprio aspetto fisico distorta, anche se minore rispetto all'anoressia.

Una crisi bulimica è una situazione in cui una persona mangia, spesso in modo vorace e senza nemmeno percepirne il sapore, grandi quantità di cibo, abbandonando completamente il controllo sul suo comportamento alimentare. La persona cede alla pulsione di assumere cibo per poi vomitarlo, una volta raggiunta la sensazione di essere sazi o colmi.

Il rapporto col cibo viene a simbolizzare il rapporto con l'oggetto primario materno e l'ambivalenza del comportamento di ingestione-espulsione ha origine dall'enorme bisogno inconscio di dipendenza dall'oggetto stesso e al contempo dall'angoscia per il sentimento di annientamento del proprio sé, che soggiace a tale dipendenza.

La quantità di cibo ingerita da una bulimica nel corso delle abbuffate è enorme, in media da 5.000 a 20.000 calorie per episodio, ed è caratterizzata da cibi ipercalorici, accostati in modo casuale, poco elaborati e facilmente ingeribili, accompagnati da bibite gassate allo scopo di facilitare il vomito seguente.

Inizialmente la crisi bulimica può essere casuale ma può degenerare in breve tempo, divenendo una condotta alimentare abituale per il paziente, che alterna periodi di digiuno o di rigide limitazioni, alle abbuffate alimentari.

Gli effetti "positivi" provocati dalle compensazioni successive alle abbuffate, sono ben presto sostituiti da una profonda angoscia poiché non si è stati capaci di mantenere il controllo sul cibo e perché vi è la possibilità di ingrassare di nuovo.

In questo caso, il ricorso al ricovero ospedaliero è riservato ai casi di pazienti che presentano frequenti abbuffate quotidiane e molti episodi di vomito o in presenza di una forte componente depressiva, gesti autolesivi e alto rischio di suicidio.

- **Binge eating disorder (BED)**

Il Binge Eating Disorder è il disturbo da “alimentazione incontrollata”; è contraddistinto dalla mancata associazione delle crisi bulimiche ai regolari metodi di compenso, quali il vomito autoindotto, l’abuso di lassativi o l’esercizio fisico estenuante.

Il soggetto affetto da tale disturbo alterna giorni di normale condotta alimentare a giorni “binge”, nei quali consuma grandi quantità di cibo, che possono associarsi al mangiare molto rapidamente, o mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni, o mangiare in solitudine per vergogna, provando disgusto verso di sé dopo ogni episodio.

Rispetto agli altri pazienti con disturbi dell’alimentazione, questi soggetti hanno mediamente un peso maggiore, ovvero una maggiore possibilità al sovrappeso o obesità, un’età di esordio più varia ed una maggiore prevalenza nelle persone di sesso maschile.

Spesso queste persone si rivolgono ai centri per il trattamento dell’obesità ma, rispetto ai pazienti obesi, riportano una maggiore presenza di sintomi psichiatrici, in particolare depressione, disturbi d’ansia e di personalità.

Essi sono spesso sedentari, rifiutano qualunque attività fisica ed è inevitabile un progressivo aumento del loro peso corporeo, in quanto l’atteggiamento alimentare compulsivo si aggrava parallelamente all’aumento del peso.

Le persone affette da tale disturbo percepiscono un profondo senso di disagio nel perdere il controllo nei confronti del cibo, ma a differenza dei soggetti con bulimia nervosa, non sempre danno un’importanza eccessiva al peso o alla figura corporea per valutare se stessi.

#### **4. LE TAA NEL REPARTO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Tutti i disturbi del comportamento alimentare che abbiamo appena analizzato, non sono in realtà malattie legate al cibo, ovvero all’appetito, ma malattie di relazioni, “di amore”, dove il nutrirsi in modo scorretto è il sintomo di esperienze di relazioni tormentate. Per aiutare questi pazienti, l’importante è quindi comprendere cosa rappresenta originariamente questo sintomo.

Per questa ragione, affinché la cura sia realmente utile per i pazienti, è indispensabile non dedicarsi soltanto all’educazione rispetto al cibo, ma bisogna anche affrontare un percorso psicoterapico che lo aiuti a capire il suo originario problema.

Il metodo più efficace per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è quello multidisciplinare e integrato. Infatti, i disturbi dell'alimentazione sono disturbi psichiatrici con manifestazioni psicopatologiche e possibili aggravamenti fisici: è perciò fondamentale una cooperazione tra varie figure professionali, che lavorino in modo integrato su questi aspetti.

Per poter effettuare una TAA in questo reparto, dal punto di vista “medico” è necessario ottenere delle informazioni sul paziente e rimanere costantemente aggiornati sul suo stato di salute; dal punto di vista “umano” è, invece, essenziale avere un atteggiamento aperto e di fiducia nei confronti del paziente e della sua famiglia.

Come abbiamo anticipato in precedenza, l'intervento è ideato e valutato da un team multidisciplinare, che valuta la condizione psico-fisica del paziente e trova l'intervento più adatto ai particolari bisogni di quest'ultimo.

Durante l'attuazione del progetto, è importante anche stabilire dei momenti pre e post intervento nei quali si evidenziano fatti o dubbi in merito alla seduta, come per esempio: prima dell'intervento è indispensabile un briefing per sapere eventuali avvenimenti accaduti nei giorni precedenti, che possono aver turbato il paziente, o notizie relative al suo stato di salute; dopo l'intervento è utile un altro briefing, per riscontrare le difficoltà o i problemi individuati dagli operatori, affinché si trovino soluzioni per la seduta successiva.

In questo ambito, particolare importanza è data al momento iniziale di ingresso e di saluto al paziente, poiché questi momenti sono la base per il proseguimento (o il blocco) degli incontri successivi. Pertanto, bisogna introdurre in modo corretto l'animale all'interno del setting, essendo i più delicati possibili ed evitando situazioni di conflitto con il paziente.

Le TAA si attuano sotto forma di incontro con l'animale, che non è il vero terapeuta ma possiamo identificarlo come un “*attivatore emozionale e motivazionale*”, che supporta il referente di intervento nel suo lavoro, proprio per le sensazioni che riesce a provocare nelle persone.

I cani che lavorano in un reparto come



questo non sono considerati semplicemente tranquilli, ma hanno una buona indole caratteriale, una capacità a spostarsi in ambienti stressanti e confusionari e una vasta esperienza che li rende dei veri esperti.

Spesso, i pazienti di questo reparto hanno poca autostima e fiducia in sé stessi e l'animale in questo caso può aiutare a sviluppare un certo senso di responsabilità, contribuendo a trasmettere un'immagine positiva della propria persona, che si prende cura di lui e che soddisfa i suoi bisogni.

Inoltre, la compagnia dell'animale allontana tristi pensieri e sensi di solitudine, creando dei contesti nei quali il paziente deve essere partecipe attivamente ed è quindi motivato a relazionarsi con qualcun altro, che sia per gioco o per altre attività cognitive.

Il gioco è spesso utilizzato come attività di intervento, in quanto piacevole per il paziente e per l'animale stesso. L'attività ludica aumenta il buonumore, favorisce la socializzazione, rafforza la muscolatura, ed è ottimo nei casi di solitudine o pazienti che tendono ad isolarsi. Il divertimento può anche permettere al paziente di affrontare a proprio modo i suoi problemi, sviluppando diversi pensieri e accrescendo l'esplorazione e l'apprendimento.

Le tipologie di intervento che si possono svolgere in questo reparto sono differenti: può essere un'attività epimeletica, come accarezzarlo o accudirlo; edonica, come il prendersi cura di lui e fare attività di ricerca assieme a lui; si possono raccontare delle storie sull'animale; si può andare a fare una breve passeggiata con il cane oppure semplicemente si può stare sul posto a coccolarlo, suscitando un senso di protezione ed intimità, e stimolando diversi lati emozionali

del paziente, affinché sia decentrato da sé stesso, cosa fondamentale per la sua guarigione.

Accarezzare o coccolare l'animale riduce la tensione nervosa e aumenta la coscienza del proprio corpo, così come parlare e relazionarsi con lui facilita la capacità di rapportarsi con il



prossimo utilizzando, appunto, l'animale come catalizzatore di interessi.

Inoltre, guardare l'animale e il suo comportamento aiuta a capire la diversità degli esseri viventi ed i bisogni altrui, favorendo un atteggiamento più altruista e generoso. Per questo motivo vengono spesso affrontate attività inerenti il prendersi cura dell'animale, come per esempio coccolarlo, spazzolarlo (in questo caso vengono portate dal coadiutore differenti spazzole o guanti da massaggio, in modo tale che l'utente possa provare differenti modalità di accudimento e imparare, nel caso non lo sapesse, quando è necessario utilizzare una tipologia di spazzola e quando un'altra). Altrimenti, mostrando la ciotola del cane, si chiede all'utente se può prendere dell'acqua per l'animale, insegnandogli che anche il nostro amico a quattro zampe, come gli esseri umani, ha bisogno di idratarsi e bisogna quindi tener conto di questo suo bisogno fisico. Altre attività simili, come la conduzione al guinzaglio, fanno sentire l'utente più responsabile, in quanto in quel momento è lui che deve assistere un altro essere, e più fiducioso di sé, in quanto è lui che è stato capace di soddisfare i bisogni di qualcun altro.

Essendo un intervento di terapia assistita, durante lo stesso, è quindi sempre presente, oltre al coadiutore ed il suo animale, anche il referente di intervento, che nella maggior parte dei casi si tratta di uno psicologo o psicologo-psicoterapeuta. Il referente partecipa attivamente all'intervento, coordinando il percorso di cura del paziente, cercando di comunicare con lui ed osservando dei possibili cambiamenti o miglioramenti nel suo comportamento.

Gli adolescenti con disturbo del comportamento alimentare tendono ad essere molto preoccupati dai cambiamenti e dalle relazioni un poco più intime, per questo motivo risulta molto difficile dialogare con loro o entrarvi in empatia, essi tendono a non fidarsi del prossimo, in quanto non si fidano principalmente di se stessi. È proprio qui che la funzione catalizzatrice dell'animale entra in gioco, permettendo al referente di entrare in contatto con il paziente e raggiungere gli obiettivi preposti dal programma. L'animale, inoltre, risulta efficace nella co-terapia per la sua capacità di offrire amore e sicurezza, senza alcuna tipologia di giudizio nei confronti dell'uomo. L'opposizione al trattamento di cura, nei disturbi del comportamento alimentare, è un principio di sfida sempre presente in ogni progetto terapeutico. Guarire tale resistenza significa capire l'origine conscia-inconscia dei sintomi in atto: è necessaria una perenne ricerca all'alleanza terapeutica, che non può essere negoziata o imposta, ma richiede un consapevole processo.

Durante la permanenza nelle strutture, il paziente può soffrire di alcuni disagi emotivi, manifestando comportamenti come per esempio: il rifiuto del cibo, la resistenza alle cure, il totale silenzio, il diniego di contatti con il personale sanitario e le manifestazioni di disperazione, apparentemente immotivate.

Una raccomandazione da tenere presente durante l'intervento con tali pazienti è quella di non mangiare caramelle o non masticare gomme, in quanto tendono spesso ad abusarne per evitare

di mangiare altro cibo. Oltre a ciò, utilizzare il bocconcino come premio per l'animale potrebbe accentrare tutti i pensieri del paziente solamente sul cibo, attivando fantasie persecutorie rispetto ad esso, bisogna quindi impiegarlo con moderazione.

Infine, deve essere posta molta attenzione anche nell'attività della conduzione al guinzaglio, in quanto a volte possono esserci flebo o tubicini collegati ai pazienti e questi potrebbero distrarre l'animale per via degli odori o della novità dell'elemento ed essere danneggiati per una mossa sbagliata dell'animale.

Un ostacolo, durante l'intervento di TAA, può essere che il paziente non riesca a esporsi con l'animale o che reperi l'accarezzare/toccare l'animale un'azione troppo intima o addirittura invadente, proprio a causa del suo rapporto con il corpo.

Il momento di chiusura di un progetto TAA deve essere curato esattamente quanto il momento introduttivo, in quanto rappresenta per il paziente un momento di separazione e distacco dall'animale, che potrebbe essere vissuto in modo problematico. È bene, quindi, non interrompere improvvisamente il progetto, ma dilazionare le sedute via via nel tempo, per preparare il paziente alla separazione.

Quanto all'animale, durante e dopo la seduta, viene sempre premiato con cibo e coccole da parte del coadiutore, per gratificarlo e ringraziarlo del lavoro che ha svolto durante la co-terapia.

## **5. I BENEFICI DELLE TAA NEGLI ADOLESCENTI CON DCA**

Le terapie assistite con gli animali sono risultate spesso idonee in questi contesti, in quanto l'animale, con la sua sola presenza, riesce a trasmettere calma e rassicurazione, stati emotivi necessari per iniziare un'attività terapeutica o assistenziale o per raggiungere una condizione fisica o mentale migliore. Infatti, la tensione nervosa e l'ansia si riducono, facendo sì che il paziente affronti in modo migliore le situazioni di stress dovute a cure mediche o avvenimenti traumatici.

Il contatto con l'animale ostacola la formazione del cortisolo, ormone dello stress, che viene prodotto solitamente quando una persona deve fare un prelievo del sangue o una visita medica; tale riduzione porta quindi ad un maggiore benessere del paziente ed una sua maggiore disponibilità a parlare con le altre persone presenti in quel momento.

Abbiamo già accennato al fatto che questi adolescenti molto spesso si sentono inadeguati e hanno poca sicurezza di sé, a questo proposito l'affetto dell'animale, essendo incondizionato e gratuito, e soprattutto non giudicante, favorisce l'autostima e la comunicazione istintiva dei sentimenti delle persone con cui viene a contatto.

L'adolescente nel momento in cui spazzola l'animale o si prende cura di lui, nutrendolo o dandogli da bere, viene distratto dalla malattia e incrementa la fiducia nelle proprie capacità.

Durante l'intervento l'animale diventa un “*mediatore emozionale*”, aiuta cioè il paziente a comunicare con il mondo al di fuori, in questo caso con il terapeuta, e a superare le sue paure o le sue tendenze egocentriche.

Le aree psicologiche sulle quali lo psicologo o lo psicoterapeuta lavora assieme a questi ragazzi sono principalmente quelle riguardanti il miglioramento delle relazioni interpersonali e l'autostima.



Tanti studi hanno confermato che le TAA, dove sono coinvolti professionisti esperti, possono rendere il setting terapeutico più interessante: i pazienti sono più stimolati ad aprirsi o a comunicare con il prossimo, rinforzando il rapporto con il terapeuta e riuscendo a completare il processo di cura con terapie più brevi.

Da pochi anni gli ospedali e altre strutture sanitarie hanno deciso di aprire le proprie porte al mondo animale, permettendo al paziente e alla sua famiglia di continuare ad avere un rapporto con il mondo abituale, con la normalità quotidiana, soprattutto nel caso in cui il paziente abbia un animale a casa.

Infatti, l'entusiasmo e la gioia che provano i pazienti sono evidenti e quindi sono certamente più motivati a partecipare alle attività di gruppo e alle cure mediche con maggiore volontà.

Bisogna evidenziare un ulteriore beneficio che trasmette il contatto con gli animali: agevola il rilascio delle endorfine, gli ormoni del piacere, che portano il paziente a tollerare al meglio il trattamento a cui è sottoposto e la degenza nella struttura dove risiede.

Infine, non essendo un rapporto ingannevole quello con gli animali, la relazione risulta in un certo modo esente da ostilità e questo è estremamente importante soprattutto in questo contesto;



la relazione viene anche vista come rivendicazione di autonomia e libertà, per cui i medici ed il personale sanitario, nella maggioranza dei casi, si adeguano a questo clima trovando un'alleanza con gli operatori di TAA, per un piano di cura idoneo al paziente, un'alleanza risultato di attese, fiducia, stima e partecipazione.

Come evidenziato anche da uno studio condotto all'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, le TAA sono risultate molto utili non solo per i pazienti sottoposti alle cure, ma anche al personale medico della struttura (infermieri in particolare) e ai genitori dei pazienti.

## **6. CONCLUSIONI**

Un operatore di IAA raggiunge grandi soddisfazioni nel suo lavoro, ma allo stesso tempo ha anche molte responsabilità di cui tener conto, infatti, egli deve coordinare l'intervento con l'aiuto dell'equipe, pensando sempre primariamente al benessere dell'animale e alla cura del paziente e rispettando i parametri igienico sanitari necessari.

Il cane deve saper partecipare con il coadiutore all'intervento, deve riuscire a trasmettere un'emozione all'utente, aiutandolo specificatamente nel suo bisogno e cercando di superare le difficoltà, sempre presenti in ogni intervento.

Avere un animale come "collega" avvantaggia molto nel lavoro: l'animale può essere maldestro, birbante, intimorito o tranquillo, ma qualunque sia la sua indole, entra in relazione con il paziente, che tende a fidarsi fin da subito dell'animale, e cambia la sua routine quotidiana; è come se l'animale fosse un sincero sostegno emotivo, dove poter accostarsi senza timori. Durante la terapia assistita con l'animale, infatti, i pazienti tendono a sentirsi più liberi di parlare ed esternare le loro emozioni, perché non si sentono giudicati e pertanto manifestano un atteggiamento più calmo ed estroverso nei confronti delle persone presenti. La funzione *catalizzatrice* dell'animale aiuta nelle relazioni sociali in generale, ma più nello specifico, nel caso di ragazzi affetti dal disturbo del comportamento alimentare, l'animale aiuta ad iniziare ed impostare una relazione con il terapeuta, per portare quindi a termine un percorso terapeutico assistenziale. L'animale viene quindi considerato un valido ausilio terapeutico nelle TAA.

È necessario sottolineare però che nessun animale può essere "prescritto" per curare un determinato disturbo e sostituire un farmaco, ma si possono individuare dei casi dove uno specifico animale può entrare in relazione ed essere coinvolto in una co-terapia con una determinata persona.

Donare un animale ad una persona sofferente o ammalata non è sufficiente, infatti, per vederla automaticamente curata. Prima dell'intervento ci deve essere un progetto specifico sulla persona

presa in considerazione, che tenga presente di ogni situazione e condizione, in modo tale che la terapia assistita con l'animale possa essere un importante aiuto al miglioramento ed al mantenimento del suo stato di salute.

Concludendo, si può affermare che la terapia assistita con l'animale non è il rimedio universale per qualsiasi malattia, ma va impiegata molto attentamente e soprattutto bisogna saperla praticare: se utilizzata in modo errato, può risultare inefficace o addirittura dannosa.

## **7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

Robert S. Porter, Justin L. Kaplan , “*The Merck Manual – Nineteenth edition*”

Marchesini R., “*Pet Therapy: Manuale pratico*”, Giunti Editore, 2015

Proietti G., La Gatta W., “*La Pet Therapy*”, Xenia Ed. 2005

Ballarini G., “*Animali amici della salute. Curarsi con la pet therapy*”, Xenia Ed. 2005

Mugnai F., “*Gli interventi assistiti con gli animali nell'area pediatrica*”, Franco Angeli 2017

Levinson B.M., “*The dog as co-therapist*” Ment. Hyg., 1962

Fossati R., “*Guida alla Pet-Therapy.*” Ed. Olimpia, Firenze, 2003

Corson S.A., Corson E.O., “*Pets as mediators of therapy*” Curr. Psychiatr. Ther., 1978

AA. VV., “*Manuale teorico. Concorso Nazionale SSM*”

Stefanini M.C., Bigalli E., Tani F., “*Study of the acceptance and perceived efficacy of animal assisted therapy (AAT) for parents and nurses in the psychiatry unit of Meyer Children's Hospital in Florence, Italy*”

<http://old.iss.it/neco/?lang=1&id=164&tipo=5>

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_276\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_276_allegato.pdf)

<https://www.angelini.it/wps/wcm/connect/it/Home/Patologie-e-cure/Ansia-e-depressione/Patologie/Disturbi-alimentazione-anoressia-bulimia-obesita/>

<https://www.issalute.it/index.php/saluteaz-saz/d/539-disturbi-dell-alimentazione>