



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

3 Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?
Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta
di Giannelli A.

8 Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 Attività 2015 in un DSM di Milano per la fascia d'età 14–24 anni
Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi
di De Isabella G., Galbiati C., Biffi G.

24 La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica
Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità
di Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M.

31 Da vicino nessuno è normale
Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma
di Tomaselli G., Gambarà S., Naclerio R., Fenaroli S., Ballantini M., Biffi G., Cetti C., Clerici M., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M.

38 Il modello multifamiliare e la metafora lavoro
Identità sociale e coerenza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

44 Dipendenza da internet
Un'indagine sulle conoscenze, l'atteggiamento e i bisogni degli operatori sanitari nei CPS, nei SerT e nelle UONPLA della Città di Milano
di Viganò C., Truzoli R., Boroni C., Giovannelli P., Ba G.

55 I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide
Case report
di Chianese S., Traber R., Primerano L., Restrepo M.

63 L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. Pertini di Roma
Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012
di Maci C., Franco F.

SPECIALE: AUTISMO NELL'ADULTO

84 I disturbi dello spettro autistico
di Mencacci C.

86 L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asperger
Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici
di Migliarese G.

95 La sindrome di Asperger
di Motta C.

100 La diagnosi di autismo in età precoce
di Di Pasquale D.

108 I disturbi generalizzati dello sviluppo
I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica
di Rossi M., Pisan P., Ottolini A.

PSICHIATRIA FORENSE

118 Rischio suicidario e "rischio consentito"
Il parere della corte
di Mantovani R.

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabiella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide

Case report

Silvia Chianese¹, Rafael Traber²,
Laura Primerano³, Maria Restrepo¹

INTRODUZIONE

“Mi piace; è così commovente, vero e reale. Non è naturalmente un lavoro analitico, ma dietro questa creazione s'intravede da parte dell'analista una ricerca di verità e di sapere... E malgrado la distanza dello sviluppo organico, vi è un senso di stretto rapporto, di innegabile appartenenza reciproca”.

Così scriveva Sigmund Freud a Marie Bonaparte, nel 1937 (13) a proposito della relazione che egli aveva instaurato con i propri animali. È solo però, nel 1953 che Boris Levinson, medico psichiatra infantile americano, sistematizza una forma d'intervento di cura impiegando gli animali. Egli condusse degli studi in cui emerse come la terapia con gli animali potesse contribuire al miglioramento dello stato di salute degli esseri umani; confermando i benefici che l'uomo può trarre dall'incontro con animali educati e prevedibili.

Recenti studi hanno dimostrato come la Terapia Assistita dall'Animale (TAA) possa produrre sensibili miglioramenti in pazienti psicotici (8; 16; 11). Alcuni hanno evidenziato un miglioramento dell'autoestima, dell'autodeterminazione e la comparsa emozioni positive dopo le sessioni di TAA (16), mentre nei sintomi negativi, ad esempio della schizofrenia, non sono stati rilevati significativi miglioramenti o differenze tra i pazienti che hanno beneficiato dell'intervento e quelli del gruppo di controllo.

In precedenza, negli ultimi decenni, alcune ricerche si erano già concentrate nello specifico, sul beneficio dell'applicazione dei TAA nei casi di pazienti con fragilità emozionali e pazienti ricoverati in strutture psichiatriche (14; 3; 1; 21). Attualmente, i contesti nei quali questi interventi si sviluppano, con notevoli benefici per le persone, aumentano generando nuovi e vivaci campi di applicazione come quello del trattamento della demenza (18), dei disturbi ansioso e depressivo (4) e i disturbi correlati allo sviluppo (17). I risultati di questi studi descrivono una riduzione degli stati d'ansia statisticamente significativa in pazienti con disturbi psicotici e disturbi dell'umore, dopo le sessioni di TAA (8; 4; 22).

Partendo da questi presupposti, presso la Clinica Psichiatrica Cantonale di Mendrisio, in Svizzera è stato ideato un Programma di Terapia Assistita dagli Animali, grazie al quale numerosi pazienti, attraverso interventi sia individuali sia di gruppo, hanno potuto sperimentare e trarre beneficio dall'incontro con dei cani che, accompagnati dalla loro conduttrice, formata nell'esercizio di TAA, hanno favorito l'attivazione di emozioni, sentimenti e esperienze relazionale significative nel percorso terapeutico.

A questo punto, però, si rende necessario spiegare cosa siano e come si svolgano i Programmi Assistiti dagli Animali, soprattutto al fine di chiarire il motivo che ha portato all'attuazione proprio di questo particolare tipo di intervento.

Iniziamo con precisare che con il termine Programmi Assistiti dagli Animali vengono inclusi quei programmi che erroneamente sono chiamati “pet therapy” e che prevedono l'impiego di animali domestici all'interno di progetti educativi, terapeutici o di carattere più generale, ma sempre allo scopo di generare beneficio all'uomo.

La TAA è un intervento che ha obiettivi specifici

predefiniti, in cui un animale che risponde a determinati requisiti è parte integrante del trattamento. La TAA è diretta da un professionista con esperienza specifica nel campo, nell'ambito dell'esercizio della propria professione. La TAA ha l'obiettivo di favorire il miglioramento delle funzioni fisiche, sociali, emotive e/o cognitive (queste ultime si riferiscono alle capacità di pensiero ed intellettive) e viene effettuata in gruppi o individualmente in diversi ambienti. Questo processo viene documentato e valutato" (10).

Dal punto di vista legislativo, in Italia attualmente ogni singola regione in accordo con lo stato redige le sue norme e i suoi regolamenti in particolare facendo riferimento a quanto stabilito dal *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 28 febbraio 2003. Recepimento dell'accordo recante disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e da pet therapy. (GU n.52 del 4-3-2003)* (9).

Fra i vantaggi attribuiti alla TAA, si trova la qualità della relazione. Con persone disturbate gli animali trovano un canale preferenziale, una sorta di accesso più facile per entrare in contatto riuscendo a volte a sbloccare condizioni patologiche cronicizzate negli anni.

A livello affettivo/emozionale l'animale, poiché dà un affetto gratuito ed incondizionato, favorisce sentimenti di autoestima e sicurezza di sé (15). Dal momento che esso si pone con un atteggiamento non giudicante e di accettazione davanti a qualsiasi tipo di patologia, favorisce l'espressione spontanea dei sentimenti e dei comportamenti delle persone cui viene a contatto.

L'animale può promuovere il controllo dell'ansia, della paura ed una miglior gestione della frustrazione attraverso un rapporto rassicurante e positivo che instaura con i pazienti. Coloro che vengono a contatto con l'animale possono mettere in atto dei meccanismi di proiezione dei propri vissuti emotivi su di lui, che diventa un mediatore emozionale tra il mondo interno

ed il mondo esterno (12).

A livello cognitivo l'attività assistita con l'animale può contribuire a favorire le capacità d'attenzione, concentrazione e conoscenza poiché esso funge da stimolo anche per sviluppare capacità di memoria, di pensiero induttivo e di logica nell'organizzazione di determinate sequenze operative.

La TAA ha delle valenze psicosociali in cui si può riscontrare un miglioramento delle capacità relazionali e di interazione dei soggetti coinvolti. Nell'ambito terapeutico, la presenza dell'animale può contribuire a facilitare la relazione con le figure professionali che ruotano attorno ai pazienti (medici, psicologi, infermieri ecc...) e quindi una maggior accettazione del trattamento di cura.

L'animale quindi costituisce uno stimolo nuovo alla curiosità rendendo possibile il contatto e una comunicazione non convenzionale: persone in difficoltà possono entrare in relazione con il mondo esterno anche utilizzando moduli di comportamento e di comunicazione non verbale, gestuale e ludico.

IL CASO DI ANTONELLA

Paziente nata a Zurigo nel 1972, diagnosi di schizofrenia di lunga evoluzione. Multipli ricoveri caratterizzati da episodi allucinatori che comprendono una forte carica aggressiva.

Antonella appare come una donna senza radici, senza un passato. Durante i ricoveri, inizialmente non sembra possibile raccogliere la sua cronistoria, in parte a causa del linguaggio poco comprensibile in parte perché le informazioni tra i curanti vengono perse e mai riorganizzate. I dati anamnestici vengono quindi raccolti attraverso l'osservazione clinica, le cartelle ospedaliere e in un secondo momento vengono confrontate con le informazioni raccolte dal precedente curante psichiatra.

Il padre è deceduto a causa di un carcinoma alla cute quando lei aveva soli 5 anni, dopodiché si è trasferita in

Spagna con la mamma. In un primo momento la madre l'aveva affidata ad una famiglia e successivamente a diversi istituti di tipo religioso. A 15 anni è andata in un collegio in Spagna settentrionale, ed ha rivisto la madre per le ultima volta, poiché la signora si è poi risposata, rifiutandosi da allora d'incontrarla.

Per quanto concerne la formazione scolastica, Antonella frequenta i corsi regolarmente e senza difficoltà fino a circa 16 anni. La prima lingua imparata è stato lo spagnolo, e in un secondo momento il tedesco e l'italiano. A 22 anni si trasferisce in Germania per perfezionare il tedesco. Lì allaccia alcuni rapporti con taluni parenti, che manterrà negli anni e vedrà per le festività principali. Questi momenti fanno parte di quei pochi ricordi che rievoca con piacere.

Rispetto all'anamnesi psicopatologica l'esordio psichiatrico sembra si possa collocare all'età di 16 anni quando Antonella inizia a manifestare sintomi depressivi quali abulia, apatia e perdita di slancio vitale. A 17 viene presa a carico da un psicologo.

A partire dai 23 anni (nel 1995) ella comincia a manifestare i primi sintomi psicotici e affettivi: deliri di stampo persecutorio, stati angoscia, umore deflesso e pensieri suicidali. Esegue così 4 ricoveri in Germania. Sembra che il maggiore fattore di stress scatenante negli scompensi sia l'interruzione delle relazioni sentimentali.

Nel 2002, a 30 anni, Antonella viene inserita in una comunità specializzata per pazienti psicotici sita a Berzona, in Ticino. Il quadro clinico si stabilizza e in alcuni momenti Antonella sembra riuscire a recuperare alcune competenze funzionali come disegnare, leggere, scrivere e persino guidare, oltre che nell'ambito relazionale in cui instaura relazioni amicali significative. Tuttavia in alcuni momenti emergono sintomi negativi come apatia, abulia e anedonia. Dopo la chiusura della comunità per

psicotici, dove ella era inserita, Antonella è andata a vivere per pochi mesi da sola in un proprio appartamento nella città di Locarno, in Ticino. Da allora il quadro clinico è notevolmente peggiorato con depauperamento progressivo delle risorse personali.

Effettua il primo ricovero presso la nostra struttura, la Clinica Psichiatrica Cantonale, in settembre del 2004 per un grave scompenso psicotico.

Da allora Antonella eseguirà diversi ricoveri senza più raggiungere un buon compenso psichico. Vista la frequenza e la durata dei ricoveri nel 2008 i curanti hanno deciso di collocare la paziente presso gli appartamenti protetti del Centro Abitativo, Ricreativo e Lavorativo (CARL), il quale è una struttura demedicalizzata, per ospiti cronici stabilizzati.

Aspetti clinici

L'equipe implicata in questo progetto ha conosciuto Antonella per la prima volta durante il ventitreesimo ricovero presso la Clinica Psichiatrica Cantonale. Una donna di ormai 39 anni. Parla da sola con una gestualità piuttosto marcata e una mimica iperespressiva, imbronciata, a tratti arrabbiata. Incute timore, gli operatori la descrivono come un caso complesso, grave e che spesso ha creato situazioni di difficoltà a causa della sua aggressività.

Il quadro clinico nel corso degli anni sembra essere significativamente peggiorato con deterioramento cognitivo e perdita delle capacità funzionali: Antonella non è in grado di parlare fluentemente, scrivere o disegnare. Spesso presenta stati confusionali. La memoria risulta difficile da valutare a causa della gravità dei sintomi. L'eloquio è logorroico, difficilmente interrompibile, i nessi logici sono scarsi, il linguaggio è incoerente, Antonella mischia l'italiano, lo spagnolo e il tedesco senza portare a termine una frase o periodo di senso compiuto. Il contenuto del pensiero è alterato dalle costruzioni deliranti

prevalentemente di stampo persecutorio. Sono presenti dispercezioni uditive e visive; Antonella spesso parla di uno spagnolo che le dice che è una *prostituta e che non vale niente*. Il tono dell'umore è disforico e irritabile. L'affettività è angosciata. L'istinto vitale è poco conservato più volte è stata ritrovata nuda su ponti dell'autostrada senza apparente motivo, e spesso durante i colloqui parla di morte e di intenzioni suicidal. Si alternano momenti di agitazione diffusa a momenti di appiattimento emotivo, con conseguente apatia e abulia. È difficile distinguere frammenti di fantasie da ricordi e da fatti reali, così che anche la semplice raccolta anamnestica risulta difficile.

Negli ultimi due anni il numero e la durata dei ricoveri sono aumentati esponenzialmente, ma le modalità all'ammissione sono sempre le stesse: agiti aggressivi verso il personale curante, forte angoscia e allucinazioni visive e uditive pervasive. Si è giunti così nel corso degli anni alla diagnosi di *Schizofrenia paranoide, decorso continuo*. Davanti ad un caso così complesso era inevitabile porsi alcuni interrogativi sul progetto terapeutico e sulle risorse disponibili.

Pertanto le domande posteci, sono state: come curare senza essere vissuti dalla paziente come persecutori e poi come conseguenza essere aggrediti? Quale setting scegliere e quale terapia effettuare con una donna la cui relazione più significativa sembra essere quella dello "spagnolo", ovvero il personaggio frutto del suo costrutto allucinatorio, la sua allucinazione uditiva? come recuperare parte delle risorse perse?

Si è notato che durante i primi scompensi i progetti di cura includevano non solo la terapia farmacologica ma anche numerosi interventi di riabilitazione, in particolare nell'area lavorativa e relazionale, con buoni risultati.

Nel 2011 un gruppo di lavoro costituito da medici, psicologi e infermieri ha cercato di ricostruire la storia

clinica della paziente e ad elaborare strategie terapeutiche che permettessero ad Antonella di recuperare le proprie competenze funzionali e potenziare il raggiungimento di un quadro psichico stabile. La paziente ha così potuto beneficiare di una presa a carico più intensiva e di un approccio integrato medico-infermieristico e psicologico, ma soprattutto di un percorso terapeutico TAA oltre che farmacologico. Significativi sono stati gli incontri puntuali eseguiti per confronto e necessari a raggiungere gli obiettivi terapeutici proposti.

Da un'attenta analisi dei dati clinici pervenuteci dai precedenti curanti e dall'osservazione clinica effettuata durante le ultime degenze sono stati formulati i *foci* d'intervento. Ne sono stati isolati principalmente due nell'ambito delle relazioni: il *sistema di attaccamento* e i *meccanismi proiettivi*. Per quanto riguarda il *sistema dell'attaccamento* Antonella presenta alcune difficoltà nel percepire chiaramente gli affetti che prova: le mancano sensazioni di calore, di amicizia e di tenerezza, ma anche affetti come la tristezza e la colpa. Al posto di questi avverte un senso di agitazione dettata da impulsi di ordine primordiale. Inoltre, il contatto affettivo quando si riesce ad stabilire, s'interrompe facilmente o risulta fallimentare.

Per quanto concerne i *meccanismi proiettivi* si nota come Antonella investa i suoi stati emotivi intensi e disorganizzati sull'altro, infatti, ella non appare in grado di verbalizzare tali contenuti angoscianti. Spesso ella mette in atto agiti aggressivi, in particolare verso il personale curante che tenta d'instaurare relazioni significative con lei. Antonella non sembra in grado di riuscire ad integrare affetti negativi come la rabbia e l'angoscia. Essi non possono essere né controllati né simbolizzati, così che le proprie spinte aggressive si traducono in agiti violenti, scarsamente modulabili attraverso la regolazione.

Gli incontri di TAA

La partecipazione di Antonella nel programma di TAA

della CPC è stato proposto dal medico di riferimento del reparto in accordo con l'equipe interdisciplinare pensando in un primo momento ai benefici che potrebbe apportarle a livello della gestione degli impulsi aggressivi. Gli incontri hanno avuto luogo una volta alla settimana, nel parco o in uno spazio adeguato all'interno della Clinica, con una durata di circa 1 ora a seduta, durante la quale si svolgevano attività di accudimento dei bisogni primari dell'animale come il nutrirlo o spazzolarlo e attività di relazione e accompagnamento. Gli animali coinvolti sono stati due cani che si sono alternati nel corso degli interventi.

Inizialmente, valutata l'imprevedibilità della paziente e dei suoi agiti, abbiamo avvicinato l'animale con cautela prevedendo la presenza sia della conduttrice di TAA cane sia del medico, in modo che la prima si occupasse specificatamente della sicurezza del cane, mentre la seconda potesse gestire la dinamica relazionale con la paziente stessa.

Dal principio, si è notato come la paziente si tranquillizzasse alla presenza del cane inoltre alcuni aspetti imprevedibili di esso non sembravano essere fonte di frustrazione per Antonella. Infatti, in talune circostanze il cane sceglieva un tragitto o un'attività alternativa a quello inizialmente stabilito e questo non modificava il percorso terapeutico in atto.

Dopo qualche sessione, Antonella si è aperta al dialogo anche con la conduttrice. Una volta constatata la completa assenza di comportamenti aggressivi, si è deciso che gli incontri potessero svolgersi con la esclusiva presenza della conduttrice che ha una formazione come psicologa.

La riduzione del gruppo degli operatori così come il tipo di attività proposte alla paziente, principalmente compiti che hanno implicato il prendersi cura dell'animale, hanno contribuito a far sentire Antonella più al

sicuro. Tutto questo le ha consentito di poter proiettare sul cane alcuni stati emotivi. In particolare, ella ha iniziato ad attribuire alcune emozioni al cane come la tristezza o la paura, che non erano proprie dell'animale ma della paziente stessa.

Grazie alla relazione con gli animali, è stato possibile lavorare sulle proiezioni emotive della paziente e in un secondo momento sulla gestione; in particolare della rabbia, di cui è divenuta maggiormente consapevole e poi in grado di controllarla.

Nonostante le difficoltà di concentrazione nelle attività e che per tutto il tempo degli incontri la tendenza fosse di passare da un argomento all'altro senza apparenti nessi logici, nelle occasioni in cui le si chiedeva di concentrarsi sul cane (proponendole attività come lo spazzolamento del manto del cane, la preparazione del cibo o portarlo a passeggio), Antonella sembrava più adeguata e attenta all'animale e alle sue esigenze.

La relazione con i cani, per altro, ha favorito la nascita di un rapporto di fiducia reciproco tra lei e la conduttrice. Nel complesso, Antonella ha sviluppato con gli animali coinvolti nel progetto relazioni affettuose e di fiducia che le sono servite per aprirsi maggiormente e trovare col terapeuta uno spazio di ascolto e di sostegno. A nostro avviso anche la scelta del setting ha influito notevolmente sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici. In particolare negli spazi chiusi è stato possibile strutturare con maggiore precisione gli interventi e questo ha favorito in Antonella una maggiore attenzione e organizzazione al compito.

Vantaggi generali dell'intervento

Nel caso di Antonella la TAA ha contribuito ad un processo di acquisizione di competenze a livello relazionale come la *consapevolezza dell'altro*, grazie alla presa di coscienza degli effetti (negativi o positivi) che le proprie

azioni hanno su altrui, in questo caso l'animali con cui è stato in contatto.

In genere i cani hanno sempre provocato in Antonella entusiasmo e piacere. Si è affezionata in un modo sano, cioè senza incorrere negli eccessi possessivi incontrollabili che invece si sono verificati per esempio nei pazienti con un disturbo di personalità di tipo borderline coinvolti in questo tipo di approccio terapeutico.

L'*attenzione fluttuante* descritta da Freud e poi rielaborata da Bion (Freud, 1938; Bion, 1996), che caratterizza gli stati psicotici gravi come quello di Antonella, sfonda il limite della percezione dei desideri e bisogni altrui. Siamo stati positivamente sorpresi dal fatto che malgrado queste difficoltà, durante gli incontri di TAA, Antonella abbia sempre avuto un buon rapporto con l'animale; si è sempre preservata dal fare del male all'animale, e nei momenti in cui si accorgeva di essere particolarmente sofferente a livello psichico, esternava la sua difficoltà di rimanere vicina ad esso; atteggiamento molto diverso da quello osservato nei confronti degli operatori o degli utenti della Clinica, con i quali in diversi momenti di disagio, Antonella esternava la sua aggressività attraverso diversi passaggi all'atto.

Altri benefici riguardano l'*identificazione degli spazi* propri e di quelli altrui, aspetto che è stato percepito anche da altri operatori esterni al progetto. La psicologa che seguiva Antonella, racconta come lei si presentasse nel suo studio in assenza di un colloquio prefissato e chiedendo di poter essere ricevuta subito, apparentemente senza accorgersi della presenza nello studio di altri pazienti. Dopo alcuni mesi di terapia, l'atteggiamento di Antonella era mutato, ella stessa infatti quando il proprio curante era impegnato in un colloquio, era in grado di chiedere di fissare un appuntamento, e poi usciva riconoscendo che quello era un momento riservato a qualcun altro.

Durante il corso della TAA, Antonella non ha più presentato episodi di aggressività per cui ha potuto rientrare presso l'appartamento dove risiedeva precedentemente proseguendo la presa a carico psichiatrica, psicologica e soprattutto l'approccio relazionale con il cane. Antonella si trovava in una fase di relativo buon compenso psichico, e non vi erano stati episodi di violenza fisica né verso gli operatori né verso altri pazienti. Pensiamo che questo sia in buona parte dovuto al beneficio che ha ottenuto dalla TAA.

Difficoltà dell'intervento

È noto che quando si affronta la dimensione intrapsichica di un paziente affetto da schizofrenia, una delle sfide maggiori risiede nella difficoltà di afferrare il senso e la struttura del suo messaggio. Il blocco di tipo associativo che sembra caratterizzare il processo di pensiero di Antonella, ha reso difficile soprattutto nella fasi iniziali la comprensione in alcuni interventi di TAA. A tratti Antonella, era agitata e irrequieta, sembrava non riuscisse a comprendere cosa stesse accadendo nel contesto ambientale circostante, in tali situazioni si decideva di sospendere l'attività con l'animale con l'obiettivo di proteggere entrambi. Una delle difficoltà principali in queste circostanze è stata identificata nell'impossibilità di riprendere l'accaduto nella sessione successiva dovuta al deficit di mentalizzazione della paziente.

Discussione

Grazie al confronto fra le diverse figure terapeutiche che si sono occupate di Antonella, è emerso il bisogno di creare un progetto di carattere interdisciplinare che permettesse ai curanti un approccio terapeutico diversificato che tenesse conto della gravità della patologia e la tendenza controtransferale della paziente di scindere e annientare i progetti proposti. La scelta ha favorito la TAA, che grazie alla mediazione dell'animale, avrebbe facilitato il trattamento degli aspetti relazionali, che pur scarsi e difficili, costituivano la principale possibilità di

intervento nella paziente. A livello della relazione ci sono stati due *foci* di intervento il *sistema di attaccamento* e i *meccanismi proiettivi*.

Sebbene il concetto di madre “schizofrenogena” sia oramai ampiamente superato, non lo è l’interesse riguardo al background familiare di soggetti che sviluppano schizofrenia. A questo riguardo, è noto che i traumi relazionali precoci nell’ambito delle relazioni genitoriali, quali fallimenti di sintonizzazione nello stile d’attaccamento rappresentano significativi fattori di rischio nello sviluppo di disturbi psicotici (7).

Le relazioni parentali caratteristiche dei soggetti psicotici si collocherebbero nello stile genitoriale definito “Affectionless Control”, caratterizzato da iperprotezione e scarso accudimento affettivo (19). Come conseguenza i soggetti affetti da questi disturbi riportano spesso un sentimento di estraneità e di irrealtà, che conduce ad uno stile di relazione chiuso (5). Questa tipologia di relazione riproduce quella instaurata nelle primissime fasi di vita con la principale figura di attaccamento.

Tenendo in conto queste premesse, l’abbordaggio terapeutico di questa pz aveva come obiettivo l’istaurare una relazione che permettesse introdurre elementi di stabilità in una modalità di attaccamento caratterizzata per l’instabilità (2).

Il *sistema deficitario di attaccamento* delle strutture psicotiche include anche la difficoltà di stabilire relazioni empatiche con gli altri. Winnicott intende per empatia: “la capacità di mettersi nei panni altrui, che richiede l’appianamento dei confini tra il sé e l’altro” (23); per cui è indispensabile la possibilità per l’adulto di entrare in contatto con le parti primitive di sé e vivere esperienze di accudimento. In questo senso l’esperienza di TAA ha permesso ad Antonella il risveglio di alcuni tratti di holding, che costituiscono uno sviluppo importante

visti i rapporti scarsi e conflittuali con la propria figura materna. Questo tipo di esperienza se praticata in modo costante può ripercuotersi positivamente sulla capacità di riconoscere gli stati emotivi altrui; è importante sottolineare che in questo caso, lo sviluppo di questa capacità sarà pur sempre limitato dalla percezione persecutoria legata al disagio psichico della paziente.

Contemporaneamente sono stati affrontati i *meccanismi proiettivi* della paziente. Durante le sessioni di TAA, con relativa facilità, Antonella ha attribuito i suoi sentimenti e le sue emozioni all’animale. Quest’attribuzione proiettiva opera di frequente nella psicosi assieme alla scissione delle proprie qualità ritenute “buone” e “cattive”, ed è il meccanismo alla base della paranoia (Racamier, 1993). Se la proiezione di stati emotivi è tipica dei pazienti con questo tipo di disturbo, si potrebbe ipotizzare che il reale beneficio consisterebbe nell’interpretazione di questi contenuti proiettivi, per il contrario questo costituisce un grande rischio nell’utilizzo di questo tipo di intervento terapeutico.

La proiezione, spesso carica di contenuti deliranti, costituisce una forma difensiva di comunicazione che negli psicotici gravi deve essere preservata data la sua funzione protettiva. Una non accurata interpretazione, oppure il tentativo di analizzare o smontare le difese comporta un alto rischio di scompenso.

D’altra parte, il vero beneficio dell’approccio TAA in pazienti con questo tipo di patologia è la possibilità di avvicinarsi all’interpretazione trattando i conflitti superficiali, per esempio, parlando delle incidenze minori del quotidiano con l’animale e poi, a poco a poco, se possibile andare verso i conflitti più gravi e profondi.

Le tendenze distruttive dello psicotico, lo portano a rinunciare alla relazione oggettuale, non ama perché amare equivale a distruggere. Quest’affermazione è certa per Antonella, che però d’altra parte è alla ricerca disperata di compagnia; questa ambivalenza e la rottura relazionale che ne deriva è stata nella sua storia all’origine

di diversi scompensi. La possibilità offerta dalla TAA di una mediazione dell'animale ha permesso ad Antonella di non sentirsi giudicata; opportunità rassicurante, se parliamo di una paziente paranoide, che ha facilitato le sue espressioni affettive e l'avvicinamento a livello relazionale.

CONCLUSIONI

La paziente ha tratto diversi benefici dalla TAA che sebbene riguardino la relazione con l'animale possono avere delle ripercussioni nel complesso delle relazioni interpersonali. Questi benefici consistono nella capacità di modulare i propri stati emotivi; nel rispetto dei bisogni e dei tempi dell'animale; nell'anticipo delle conseguenze di un suo comportamento sull'animale, sia positivo sia inadeguato, tutto ciò senza aver paura dei riferimenti o attitudine giudicante altrui.

La difficoltà principale è stata rilevata nell'identificare come propri gli stati emotivi che sono stati attribuiti all'animale e come conseguenza l'impedimento di un uso terapeutico interpretativo dei contenuti proiettati.

Alcuni benefici secondari ottenuti dalla TAA, sono stati la possibilità di ricostruire la storia clinica e personale di Antonella e la formulazione di foci d'intervento specifici che hanno permesso così di evitare la trappola dell'impotenza che spesso il paziente psicotico mette in atto attraverso agiti impulsivi. In questo modo l'equipe curante ha potuto creare un progetto con alcuni presupposti stabili che tenesse conto degli aspetti psicopatologici propri della malattia e allo stesso tempo delle risorse reali della paziente.

RIASSUNTO

- *Scopo:* Questo articolo descrive un progetto di TAA, in una paziente schizofrenica paranoide con cui, a causa della gravità dei sintomi, si erano rivelati fallimentari altri interventi terapeutici. La scelta di La terapia assistita dall'animale (TAA) ha avuto come obiettivo principale la gestione degli impulsi aggressivi della paziente.
- *Metodi:* Nel contesto di un approccio integrativo, la paziente ha partecipato a 45 sessioni di TAA per un periodo di 15 mesi alla fine delle quali l'esperto di TAA ha valutato l'intervento attraverso delle griglie descrittive sugli effetti di ogni singola sessione. Gli incontri regolari con i curanti della paziente hanno permesso di monitorare in dettaglio il raggiungimento degli obiettivi proposti.
- *Risultati:* I risultati hanno evidenziato un miglioramento in alcune aree funzionali in particolare quella relazionale e affettiva, la modulazione degli stati emotivi e la diminuzione della aggressività, in un contesto intrapsichico caratterizzato da gravi deficit di mentalizzazione e di degrado cognitivo. Nessun cambiamento è stato evidenziato a livello strutturale confermando i risultati di studi precedenti che non hanno rilevato un miglioramento rispetto ai sintomi negativi nel disturbo schizofrenico come beneficio associato a questo tipo di terapia. Conclusioni: Il presente studio di caso conclude che in pazienti schizofrenici, il beneficio nella relazione con l'animale tratto dalla TAA può estendersi ad un miglioramento delle relazioni interpersonali anche in pazienti fortemente compromessi.
- *Parole chiave:* schizofrenia, sistema di attaccamento, stati emotivi, terapia assistita dall'animale.

SUMMARY

- *Aims:* Animal Assisted Therapy (AAT) refers to the interaction between trained animals and humans with the mediation of a therapist who assists in the healing aims. This article describes an AAT project in a schizophrenic inpatient with whom, because of the gravity of the symptoms, other therapeutic interventions had failed. The main aim was the control of aggressive impulse.
- *Methods:* From an integrative approach, the patient participated in 45 weekly sessions over a 15 month period, in which the specialist then composed an evaluation describing the effects and results of every session. Through regular meetings with different therapists, the patient's progress was monitored in detail and these studies provided results for the intervention.
- *Results:* The results show the improvement in some functional areas, especially relational and affective ones. There is also improvement in the emotional state and a reduction in the aggressiveness level. In no sense a change in the psychotic structure had been observed, confirming previous research results which didn't find any statistically significant improvement in the negative symptoms displayed in schizophrenia disorder.
- *Conclusion:* This case analyse concludes that the benefit of TAA on a relational, interpersonal level which improves clinical aspects and the well-being even in a very disturbed patient.
- *Key words:* schizophrenia, attachment system, emotional states, animal assisted therapy.

(1) ARCO, Comunità Terapeutica Per Minorenne

(2) Clinica Psichiatrica Cantonale. Canton Ticino, direttore

(3) Servizio Psicosociale Cantonale

Clinica Psichiatrica Cantonale – Mendrisio, Svizzera

Per comunicazioni: Maria Restrepo, + 41-0919600190,

mariarestrepo@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Allen K., Blascovich J., Tomaka J., Kelsey R., *Presence of human friends and pet dogs as moderators of autonomic responses to stress in women.* J pers Soc Psychol, 1991, 61: 582-89.
2. Baldoni F., *Aggressività, comportamento antisociale e attaccamento*, in: Crocetti G., Galassi D., (a cura di) Bulli Marionette. Bullismi Nella Cultura Del Disagio Impossibile. Pendragon, Bologna, 2005, pp. 39-67.
3. Barker S., Dawson S., *The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients.* Psychiatric Services, 1998, 49: 797-801.
4. Barker S., Pandurangi A., Best A., *Effects of animal assisted therapy on patients anxiety, fear and depression before ECT.* J ect., 2003, 19: 38-44.
5. Beiser M., Erickson D., Fleming J., Iacono W., *Establishing the onset of psychotic illness.* Am Journal of Psychiatry, 1993, 150: 1349-54.
6. Bion W., *Cogitations. Pensieri.* Roma: Armando Editori. (Edited by F.Bion). London: Karnac Books, 1996.
7. Bowlby J., *Costruzione E Rottura Dei Legami Affettivi.* Raffaello Cortina Edit., Milano, 1982.
8. Cheng I., Chao-Yin L., Chi-Tzu S., Jung L., *The effect of animal-assisted activity on inpatient with schizophrenia.* Journal of psychosocial nursing, 2009, 47, 12: 42-63.
9. Cirulli F., Borgi M., Berry A., Francia N., Alleva E., *Terapie Assistite Con Gli Animali In Italia. Attualità, Prospettive E Proposte De Linee Guida.* (rapporti ISTISAN, 07/35) Roma: Istituto Superiore Di Sanità, 2010.
10. Cirulli F., Borgi M., Berry A., Francia N., Alleva E., *Animal-assisted interventions as innovative tools for mental health.* Ann Ist Super Sanità, 2011, 47, 4: 341-48.
11. Connor K., Miller J., *Animal assisted therapy: an in-depth look.* Dim. Critical care nursing, 2009, 18: 195-205.
12. Falasconi A., Bochicchio F., *Manuale Di Terapia Assistita Con Animali.* Magi, edit., Roma, 2011.
13. Freud S., *Compendio di Psicoanalisi* (1938), in Opere, vol. XI. Boringhieri, Torino, 1979.
14. Holcomb R., Meacham M., *Effectiveness of an animal-assisted therapy program in an inpatient psychiatric unit.* Anthrozoös, 1989, 2: 259-64.
15. Katcher A., Beck A., Marshall E., *Between Pets and People: The Importance of Animal Companionship.* Purdue University Press, London, 1996.
16. Kovács R., Kis S., Rózsa L., Rózsa R., *Animal-Assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study.* Clinical Rehabilitation, 2004, 18: 483-86.
17. Martin F., Farnum J., *Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorder.* West J nurs res., 2011, 24:657-70.
18. Marx M., Cohen M., Regier D., Dakhell A., Srihari A., Thein K., *The impact of different dog-related stimuli of engagement of person with dementia.* AM J Alzheimer dis other demen, 2010, 25: 37-45.
19. Parker G., Fairley M., Greenwood J., Jurd S., Silove D., *Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia.* British Journal of Psychiatry. 141: 573-81.
20. Racamier P., *Il Genio delle Origini: Psicoanalisi e Psicosi.* Raffaello Cortina, Roma, 1993.
21. Siegel J., *Stressful life events and use of physician services among the elderly: the moderation role of pet ownership.* J pers Soc Psychol, 1990, 58: 1081-86.
22. Tower R., Nokota M., *Pet companionship and depression: results from a united internet sample.* Anthrozoös, 2006, 19: 13
23. Winnicot D., *Gioco e Realtà*, D. trad. Giorgio Adamo e Renata Gaddini. Roma, Armando Editori, Roma, 1974.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo la citazione dovrà essere riportata indicando tra parentesi il numero relativo al testo citato, ad esempio (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrino*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi