

**FISE: “CORSO DA TECNICO SPECIALIZZATO NELL’AREA
SOCIO SANITARIA 2010”.**

Tesi del sig. Baldassarri Stefano

RIABILITAZIONE

EQUESTRE IN

PSICHIATRIA:

**“ 2 pazienti schizofrenici, oltre
i 40 anni”.**

Introduzione

Storia e terminologia della schizofrenia:

Schizofrenia è una parola che troviamo tra le righe dei quotidiani, tra le note della radio, tra spicchi di cronaca, politica o economia, nei telegiornali. Ancora, basta un “giretto” in internet, ed ecco che si legge: “Schizofrenia di governo”, “capitalismo e schizofrenia”, “schizofrenia dell’arte”, “schizofrenia di una notte di passioni”, la ritroviamo, infine, nel nostro vocabolario con “il tuo comportamento è un po’ schizofrenico”.

Parola usata, dunque, abusata, soprattutto. La schizofrenia entra così, alleggerita e forse un po’ trasfigurata, nel vocabolario della nostra quotidianità.

Ma che cosa significa esattamente il termine schizofrenia?

È nel **1896 che lo psichiatra tedesco Emile Kraepelin**, parla per la prima volta di “**dementia praecox**” e illustra minuziosamente quel corredo sintomatologico, osservato nei pazienti affetti da questo quadro sindromico, caratterizzato da:

- allucinazioni,
- deliri,
- difficoltà a focalizzare l’attenzione,
- disturbi del pensiero,
- comportamenti stereotipati,
- appiattimento affettivo,
- catatonìa.

Kraepelin indica come caratteristiche della dementia praecox:

- l’origine endogena, attribuibile a una patologia organica del cervello,
- l’insorgenza precoce,
- il progressivo, inarrestabile, deterioramento intellettuale.

Gli studi clinici dimostravano poi che, paradossalmente, alcuni pazienti avevano un’intelligenza superiore alla media. Fu **Eugen Bleuler, psichiatra di Zurigo** a coniare, **nel 1911, il termine schizofrenia (da schizo divido e frenos mente)** che letteralmente significa "mente divisa".

Con Bleuler, la parola “schizofrenia” è diventata significativa e racchiude, ancora oggi, il significato di quella *dissociazione mentale* che fa assumere ai soggetti comportamenti incoerenti e contraddittori, che altera il linguaggio, l’affettività, la percezione di sé e i meccanismi associativi del pensiero e influisce negativamente sulle capacità di adattamento di un individuo. Riappropriandosi del significato del termine schizofrenia si scopre, dunque, che essa è una malattia mentale grave e che, ai giorni nostri, la descrizione della sua attuale diffusione ed evoluzione, affidata a qualche dato, racconta che:

- Le persone affette da schizofrenia, nel mondo, sono 55 milioni, solo in Italia ve ne sono circa 500 mila.
- In termini d’incidenza, in Italia ogni anno sono circa 10.000 persone si ammalano di questa malattia.
- L’età d’insorgenza è compresa tra i 15 e i 25 anni per i maschi, e tra i 25 e i 35 per le donne.
- secondo l’O.M.S., circa un terzo delle persone guarisce completamente dopo il primo episodio acuto, un altro terzo con qualche ricaduta periodica tende, entro un certo periodo dall’esordio, a una discreta qualità di vita, una buona risposta a farmaci e trattamenti, ma non a una completa remissione.

- Vi è infine chi richiede nuovi piani terapeutici e continua attenzione, sostegno e cura da parte degli operatori e dei familiari che li circondano, affinché siano rimossi i fattori sfavorevoli al trattamento (prognosi sfavorevole e defettualità progressivamente ingravescente).
- Circa il 50% dei pazienti schizofrenici tenta il suicidio nel corso della vita e quasi il 10% lo porta a compimento.
- Vi è una percentuale più elevata del disturbo nelle classi socio - economiche più basse e tra gli individui con un livello d'istruzione inferiore, questi però, potrebbero essere elementi conseguenti all'instaurarsi del disturbo schizofrenico.

Sintomatologia della schizofrenia:

La schizofrenia è una sindrome (dal greco *sin* e *dromos*, che significa insieme di sintomi che concorrono a formare una malattia) connotata, secondo la tradizione psichiatrica di cui Bleuler fu il progenitore, da “sintomi positivi e negativi”.

I sintomi positivi sono caratterizzati da comportamenti e vissuti assai evidenti e si distinguono in:

- Allucinazioni (dal latino *allucinare*, *abbagliare*): sono percezioni che esistono solo nella mente del paziente. Pur potendo interessare tutti i sensi (udito, vista, tatto, gusto e olfatto), la forma più frequente è data dall'udire delle voci. Le voci possono conversare con lui, avvertirlo di eventuali minacce o impartirgli degli ordini.
- Deliri (dal latino *de-lirare*, *uscire dal confine*) sono convinzioni personali irrazionali ed erronee, che pur non avendo nessun riscontro oggettivo ed evidente, vengono strenuamente sostenute dal paziente. Le convinzioni deliranti, possono essere di vario tipo: avere poteri particolari o talenti speciali come controllare terremoti o essere in comunicazione con Dio, o ancora essere oggetto di azioni malvagie e persecutorie da parte di familiari o conoscenti.
- Pensiero disorganizzato: i pensieri più intimi, i sentimenti, sono spesso vissuti come condivisi o conosciuti dalle altre persone. I pensieri, sembrano non avere nessi logici e il discorso della persona può essere difficile da seguire per la rapidità con cui il paziente passa da un concetto a un altro o da un soggetto a un altro. La terminologia e la sintassi possono essere bizzarre e possedere un senso solo per chi parla. A volte le persone pensano che i loro pensieri siano trasmessi, rubati, controllati o influenzati da agenti esterni (demoni, extraterrestri.)
- Comportamento bizzarro: alcune volte il paziente schizofrenico, assume posture strambe, trasgredisce le regole della convivenza sociale (si denuda in pubblico) o manifesta comportamenti incongruenti con la situazione (ride a un funerale).

I sintomi negativi, sono quelli più insidiosi, quelli che s'insinuano silenziosamente, impoverendo progressivamente la vita del paziente, togliendo l'impalcatura alla sua esistenza.

Essi si manifestano come:

- Appiattimento emotivo: spesso, i pazienti con schizofrenia non riescono ad esprimere emozioni e possono non avere nessuna reazione in presenza di eventi tristi o felici oppure possono reagire in maniera non appropriata. La fissità della mimica facciale e la monotonia dell'eloquio sono alcune manifestazioni di quest'appiattimento.
- Perdita di slancio vitale: la mancanza d'interesse per la vita, per il lavoro o le attività ricreative, si manifesta nell'inattività completa che porta il paziente a trascorrere giorni interi senza fare niente e addirittura trascurando la propria igiene o alimentazione.

- Ritiro sociale: si riferisce ai problemi nell'allacciare e mantenere amicizie, chi soffrono di schizofrenia possono avere poche relazioni intime e avere contatti superficiali e sporadici con il prossimo. Nei casi estremi possono chiudersi totalmente alla vita sociale.
- Povertà del pensiero: il pensiero è poco ricco e male articolato, la povertà espressiva delle frasi brevi, delle risposte a monosillabi, dei silenzi interminabili, testimonia questa difficoltà. Può verificarsi anche che lo schizofrenico parli liberamente usando parole convenzionali che, combinate tra loro, non conferiscono significato al discorso (insalata di parole).

Accade spesso che in un individuo, tutti questi sintomi, non si presentino contemporaneamente. Una sindrome schizofrenica, infatti, può essere caratterizzata anche da soli sintomi negativi e, spesso, in assenza di elementi palesemente disturbanti, come possono essere le manifestazioni comportamentali dei sintomi positivi, accade che quelli che sono segnali preoccupanti, passino inosservato o banalmente additati come indici di esasperata introversione. È l'individuazione di tali tipologie sintomatologiche ad assumere un ruolo chiave per eseguire una diagnosi di schizofrenia. Il DSM IV TR, li stabilisce come primo criterio diagnostico la rilevazione, nel paziente psichiatrico, di almeno due sintomi appartenenti alla tipologia positiva o negativa prima descritta, per il periodo di un mese, o meno, se trattati con successo. La sintomatologia, positiva o negativa che sia, trascina sempre con sé l'allegato della disfunzione lavorativa e sociale. Il lavoro, le relazioni interpersonali, la cura di sé, della persona schizofrenica, si trovano sempre notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia. La malattia dunque non consente alla persona di conservare il suo abituale comportamento o stile di vita, ma ne influenza negativamente davvero tutti gli aspetti. Con medicine particolari e migliorate, un ampio supporto della comunità (specialmente a domicilio) e psicoterapie fatte da esperti, oltre che all'utilizzo di attività mirate, molte persone affette da schizofrenia saranno capaci di integrarsi operativamente nell'ambito della comunità. Con queste risorse da cui attingere, molte persone affette da schizofrenia potrebbero vivere in modo indipendente, lavorare, divertirsi con i familiari e gli amici.

Metodologia

Come il cavallo può aiutare i pazienti schizofrenici adulti?

Sfruttando le peculiari caratteristiche del rapporto tra cavallo e umano, all'interno di percorsi specifici per le diverse aree di dis-funzionamento (cognitivo, affettivo, motorio) la Riabilitazione Equestre (RE) è in grado di determinare un marcato miglioramento psicopatologico e del livello di autonomia e benessere del paziente. Sebbene la documentazione sia carente sul piano della scientificità delle esperienze fatte, assolutamente evidente e consolidato è il dato di un'azione positiva della RE a livello di qualità di vita, sintomatologia generale e benessere psicofisico dei pazienti.

Ma se vogliamo andare un po' più nel cuore del problema, in linea generale possiamo dire che l'effetto terapeutico della RE in psichiatria è basato fondamentalmente su tre elementi distinti anche se altamente integrati tra loro:

- 1- Rapporto dialettico e relazionale tra cavallo e paziente;
- 2- Valenze simboliche della relazione;
- 3- Elementi concreti, fattuali e organizzativi connessi.

La relazione tra animale e paziente si basa fondamentalmente sulla costruzione di un linguaggio comune di tipo non verbale, motorio, gestuale, ricco di elementi sensoriali piacevoli e coinvolgenti

da un punto di vista emotivo. E' inoltre una relazione di tipo fortemente bilanciato: non vi è cioè il sostanziale antropocentrismo del rapporto con i comuni animali d'affezione, ma deve invece essere costruita giorno per giorno, tramite la conoscenza reciproca, la fiducia, la condivisione. Non è tuttavia solo un apporto di nozioni, ma un'acquisizione di competenze che determinano la possibilità di comprendere il funzionamento mentale del cavallo, il suo essere entità pensante differente, per soggettività ed appartenenza di genere (preda vs predatore) differenzialmente dal soggetto umano. Tale processo interviene proprio su funzioni cognitive alterate ad esempio nel disturbo schizofrenico, consentendo quindi, un lavoro riabilitativo specifico.

E' utile ricordare, infatti, che in particolare questi pazienti, oltre a mostrare disfunzioni nella memoria a breve termine, nelle capacità di astrazione, nella fluenza verbale, mostrano soprattutto peculiari problemi nell'ambito di quella che viene chiamata "cognizione sociale" e nella "meta cognizione". Essi mostrano cioè marcate difficoltà nella capacità di comprendere l'altro come *mente altra*, nel fare cioè "un ragionamento sui ragionamenti dell'altro da sé". Mostrano inoltre difficoltà e perplessità nel cogliere il senso relazionale in una conversazione, le regole d'interazione sociale, il significato emotivo del comportamento altrui. Tali disabilità cognitive, anche se mostrano ampia variabilità longitudinale nella storia di ogni singolo paziente in funzione della presenza di fasi acute e/o di remissione, sembrerebbero comparire in epoca assai precoce, ben prima comunque delle conclamate manifestazioni cliniche del disturbo (allucinazioni e deliri), secondo alcuni studi addirittura in età prescolare, nelle prime fasi d'interazione con il gruppo di pari. Molti protocolli riabilitativi sono pertanto oggi caratterizzati da task, procedure, che in un setting di laboratorio stimolano ed addestrano il paziente rispetto a tali funzioni, ma ovviamente in un contesto freddo, asettico, emotivamente poco stimolante. L'uso dell'equitazione, nelle specificità relazionali sopraesposte, potrebbe a nostro avviso risolvere il problema: il cavallo è molto sensibile al dialogo tonico e non verbale, facilmente condizionabile, ma non è un oggetto inerte o passivo; possiede una spiccata e variegata personalità e la sua docilità è funzionale a una corretta relazione comunicativa e affettiva con il cavaliere. Comprendere come funziona mentalmente e comporta mentalmente, prevedere le sue reazioni, imparare a gestirlo e comandarlo tramite la conoscenza e non la coercizione, può essere fatto utilizzando percorsi addestrativi e informativi che replicano quanto effettuato in setting di laboratorio per intervenire sulla meta cognizione, ma con l'enorme vantaggio di fare ciò dal vivo, in un contesto ad elevata partecipazione emotiva e quindi con una teorica maggiore potenza ed efficacia.

Inoltre il movimento, il tipo di andatura, gli stimoli posturali e fasici che l'andar a cavallo impongono al paziente possiedono una spiccata azione d'induzione al coordinamento motorio. Gli aspetti simbolici amplificano il significato della relazione con l'animale: il suo movimento ritmico, ondulatorio, in qualche modo riporta al significato materno, di coccole e accadimento, ma al contempo l'animale con la sua energia, forza, velocità, possanza, riporta a una figura più di tipo maschile, paterno.

La necessità che "l'andare a cavallo" comporta in termini organizzativi e sociali permette anche un intervento su molteplici aree interessate in genere da valenze riabilitative: autonomia ed autocoscienza, attenzione e memoria, bilanciamento tra pulsioni e controllo, autostima e senso del limite, ecc. Da non trascurare è che nell'ambito delle attività sportive l'equitazione costituisce uno dei pochi esempi nei quali è possibile cointeressare i due generi (uomini-donne), aprendo un altro importante versante riabilitativo, soprattutto per pazienti di tipo psicotico.

Il cavallo può rappresentare quindi un ottimo strumento terapeutico – riabilitativo e non cronicizzante per questo tipo di patologia, se consideriamo che la Riabilitazione Equestre sia l'insieme di quelle tecniche che sfruttando in vario modo il rapporto che s'instaura tra il paziente e il cavallo, secondo un programma terapeutico specifico e che determinano un miglioramento dell'autonomia del paziente psichiatrico.

Possiamo ritenere che, nell'insieme di queste "azioni" sinergiche fra uomo e cavallo, il paziente possa trovare un beneficio personale e rallentante della sua patologia di cronicità. E' un tipo di terapia di supporto che integra, rafforza e coadiuva le terapie normalmente effettuate per tipo di

patologia considerato e se la consideriamo in un contesto più allargato, e cioè, pazienti inseriti in strutture, dove svolgono altre attività, sicuramente aumentano tutti questi benefici personali.

Questi sono motivazioni che fanno dire che la Riabilitazione Equestre (RE) può rappresentare un ottimo strumento terapeutico – riabilitativo, importante per aiutare a mantenere e, forse migliorare, le autonomie individuali di persone schizofreniche cronicizzate.

“La persona deve osservarsi attentamente, cogliere vari aspetti di se, diventarne ben consapevole, elaborare vari livelli di conoscenza sul proprio funzionamento” (Dott. ssa Ianes, 1990).

L’ottica teorica e la prospettiva dalla quale ho impostato il discorso in questa tesi è l’approccio cognitivo - comportamentale e meta – cognitivo, che si oppone a una visione "deterministica" delle emozioni e dei comportamenti umani: le situazioni che ognuno di noi vive, cioè, non determinano direttamente le nostre reazioni (emotive e/o comportamentali). Esiste, invece, un terzo elemento che agisce fortemente sulle nostre reazioni e cioè il pensiero. È, infatti, ciò che pensiamo di una determinata situazione, come la interpretiamo, a determinare in noi emozioni e comportamenti. Molto spesso, però, le interpretazioni che diamo agli eventi non sono solo quelle che facciamo a livello razionale.

L’approccio cognitivo – comportamentale, mira proprio a modificare i pensieri distorti che causano le emozioni e i comportamenti disfunzionali di una persona sofferente. Imparando a riconoscere i suoi pensieri automatici e a darne una valutazione più realistica si riducono i sintomi di un disturbo sino alla sua eliminazione.

La generalizzazione e l’utilizzo autonomo delle abilità possedute e acquisite, attraverso l’apprendimento “del cavallo” contribuiranno a una maggiore autonomia personale e a una migliore integrazione sociale.

Insegnare l’autoregolazione significa sviluppare la flessibilità, l’adattabilità, il sapersi autonomamente riorientare in funzione di un continuo controllo sull’esito delle proprie azioni rispetto agli obiettivi (pensiero strategico) per contrastare la rigidità e lo schematismo delle persone con ritardo mentale e/ o con disturbi psichiatrici, relazionali, comportamentali e sensoriali.

Sviluppare uno stile di pensiero strategico significa apprendere o migliorare le strategie di problem solving e di decision making. In quest’ottica, insegnare norma di analisi della situazione, allenare a raccogliere le informazioni necessarie tralasciando quelle superflue e a utilizzare uno stile di pensiero sempre più razionale per elaborare un piano d’azione (“...una sequenza di mosse mirate a un obiettivo finale” –Ianes; 1990-), insegnare a saper formulare anticipazioni e ipotesi sulle possibili conseguenze delle proprie azioni dovrà diventare obiettivi primari dell’insegnamento all’interno dell’attività equestre e dell’approccio educativo degli operatori coinvolti. In tal modo si cercherà di contrastare approcci alla realtà più emotivi (autoregolazione delle emozioni) e si mirerà a una graduale sostituzione di stili cognitivi non così efficaci con modalità di pensiero più funzionali all’interno dell’ambiente equestre,

Fondamentale è il cavallo, il quale deve essere sano e, non malato, adeguato per il tipo di lavoro che gli si chiede, non deve avere difetti o comunque, ricordiamoci che è meglio un cavallo sano rispetto a uno difettoso, soprattutto perché se ne pagano le conseguenze, sia dal punto di vista economico che pratico.

Setting

Dal 2003 al 2007, l'attività di riabilitazione equestre è stata svolta con l'intenzione di unificare il gruppo dei pazienti e facendo svolgere a loro le stesse cose, per tanto; tutti dovevano pulire il cavallo e tutti dovevano salire in sella. Questo ha portato, nel tempo, a distinguere i vari percorsi individuali e suddividere i gruppi in base: al carattere individuale, singola patologia, capacità individuale e paura nei confronti del cavallo.

Dal 2007, ho iniziato un percorso diverso e mirato al singolo individuo, facendo un progetto individuale mirato a fare superare le singole paure, fare crescere l'autostima, migliorare lo stato fisico e psichico, abbassare i loro livelli di ansia, migliorare la loro relazione con gli altri, sia dentro sia fuori alle strutture, cercando di individuare nel singolo paziente le sue problematiche e cambiando e mirando l'attività riabilitativa alle problematiche individuali.

Nel 2008, per questi motivi, ho diversificato i percorsi dei pazienti e individuato 3 gruppi con differenti caratteristiche, fra loro:

- Un piccolo gruppo formato da 3/4 pazienti con patologie di oligofrenia e autismo, avente un rapporto di 1 operatore con 2 pazienti.
- Un secondo gruppo di "avvicinamento", che permette di avvicinarsi al cavallo, in modo tranquillo e sereno, senza che l'operatore eserciti pressioni sui pazienti, ma dove l'operatore "accompagna" il paziente a conoscere il cavallo, fino a montare in sella, composto di 4 pazienti e 2 operatori.
- L'ultimo gruppo "avanzato" che è quello maggiormente ampio, 6/7 pazienti e 2 operatori, dove sono presenti solo ragazzi che hanno delle buone capacità di relazione e gestione del cavallo, sia da terra che montato.

L'organizzazione e i luoghi dove è stata svolta l'attività sono stati diversi; per una prima fase di avvicinamento abbiamo frequentato un allevamento di pony: per alcuni pazienti vedere un cavallo di piccola taglia, fa meno paura e facilita l'approccio ed alcune attività come il dar da mangiare, abbeverare, spostare da un recinto a un altro, e/o catturare i pony nella loro quotidianità.

Stesso lavoro, per il gruppo di pazienti più difficili (oligofrenici e autistici), si andava all'allevamento per osservare il comportamento dei pony, si accarezzava e si dava a loro da mangiare, si cercava di stimolare, nei pazienti, un interesse attraverso l'osservazione e il comportamento.

Molto diverso è la riabilitazione equestre con l'ultimo gruppo, quello "avanzato" e formato da pazienti più esperti. Insieme a loro, abbiamo frequentato un maneggio sulle prime colline di Faenza, dove, dopo aver preso confidenza con i cavalli, è iniziato un percorso mirato a compiere delle passeggiate nelle zone collinari, sopra Faenza, in cui loro dovevano prendersi cura completamente nella gestione del cavallo e doverlo gestire in passeggiata, insieme ad altri e stando infila indiana.

Dal 2009, il lavoro si differenzia l'attività riabilitativa, rimangono sempre i 3 gruppi, ma cambia l'ambiente esterno, del cavallo, non più un luogo dove fare passeggiate, ma un ambiente dove lavoriamo con cavalli che hanno un vissuto diverso, rispetto a quelli che fin'ora abbiamo avuto contatto, sono cavalli che hanno terminato un percorso agonistico nel mondo del salto ostacolo e i pazienti si trovano ad eseguire figure di maneggio più tecniche e circondati, all'interno di un Circolo Ippico affiato alla FISE, a persone che sono quotidianamente a contatto dei propri cavalli e dove sono applicate regole ben precise di educazione e rispetto dell'animale. In questo, lo stretto contatto con i normodotati da un valore aggiunto a tutto quello che è stato fatto fino ad ora.

Normalmente, si arriva al Circolo; si prendono i cavalli, si puliscono, si sellano, si osservano i loro comportamenti e si sale all'interno del maneggio coperto, ma quando si sarà acquistato un po' di confidenza con l'animale, si lavorerà all'aperto.

Da ottobre 2009, sono state inserite delle schede autovalutative (MQ e TCQ) ed eterovalutative (BPRS versione 4.0 e PANSS remission), la loro compilazione è stata prevista all'inizio attività, circa a metà e al termine dell'attività, indicativamente verso fine Giugno 2010. Questo, per avere

una migliore valutazione del singolo paziente nei confronti della riabilitazione equestre, in integrazione alla compilazione quotidiana del verbale individuale.

In tutti i vari gruppi, è sempre seguito un preciso setting in precedenza stabilito con l'operatore di appoggio all'attività di riabilitazione equestre, questo serve per dare una continuità e regolarità all'attività, una miglior scansione del tempo e una migliore gestione del percorso riabilitativo del singolo paziente. Normalmente, l'attività dura circa 2 ore, ed è suddivisa in diverse fasi più un momento di trascrizione del verbale della giornata.

- Il ritrovo del gruppo, presso il centro è un momento importante, in quanto consente di modulare gli obiettivi individuali della sessione in base allo stato psicofisico di ogni paziente e permette la programmazione dell'attività (tempi, scopi e modalità).
- Preparazione e/o osservazione dei cavalli, è considerato il momento iniziale dell'attività equestre vera e propria alla quale, tutti i pazienti che partecipano consentono a ognuno di loro, un graduale e proficuo approccio "personale" al cavallo.
- In base al tipo di gruppo; montare in sella: è la lezione vera e propria di equitazione e partecipano a momenti alterni 2 pazienti, mentre 2/3, assistono alla lezione con un operatore, che cerca di mantenere attivo l'interesse nell'osservare la lezione. Questo viene alternato in modo tale che tutti i pazienti osservano e salgono a cavallo.
- Rimettere il cavallo nel box: è il compito dato principalmente a chi ha paura di salire in sella e anche preparare il cavallo.
- Fase "sigaretta": è un momento importante dell'attività, almeno quanto quello iniziale perché consente al gruppo di operatori e pazienti di ritrovarsi e definire in modo preciso il termine della sessione, rielaborando in gruppo i momenti significativi della giornata, le emozioni provate e i pensieri relativi.

Al termine di ogni sessione gli operatori verbalizzavano l'attività per ogni paziente e sono stati semestralmente condivisi in equipe.

Descrizione dei pazienti

Paola è nata a Firenze nel 1970 e si è trasferita con la famiglia a Forlì all'età di 7 anni. Ha avuto una vita isolata e fino all'età di circa 20 anni ha svolto attività lavorative varie, dalla raccolta della frutta in campagna al lavoro in lavanderia. Si spostava con un piccolo automezzo, di quelli senza patente, per andare a lavorare e uscire con poche amiche.

In casa è stata sempre emarginata dal resto della famiglia e spesso picchiata dal padre, fino al punto in cui, lo stesso ha smesso di farla uscire, intorno ai 22/23 anni di età. Qui ha iniziato un percorso all'interno di una struttura residenziale psichiatrica, con grosse difficoltà da parte degli operatori, in quanto era molto aggressiva e delirante; passava moltissimi giorni a letto a rimuginare sui suoi pensieri e se qualcuno andava da lei, ne era allontanato. Spesso non mangiava e si isolava, si ritirava e aspettava di stare meglio, per rialzarsi da letto e stare con gli altri pazienti e operatori.

Paola, all'oggi, presenta un disturbo di tipo **schizofrenico**, è alta circa 1,60 m. e pesa circa 100 kg., è una persona che ha poca autostima di sé, spesso chiede se quello che fa va bene e cosa pensano gli altri di quello che lei ha fatto o pensa. Molto spesso in lei traspare l'incertezza nel compiere le azioni ma a volte anche una certa dolcezza, quelle volte in cui riesce a svolgere azioni con tranquillità e sicurezza.

Persona timorosa, silenziosa, risponde a modo e appare molto attenta e precisa nel fare le cose.

Quando si avvicinano momenti di disagio o difficili, lei tende a ridere spesso, ad esprimere contenuti comportamentali di tipo euforico. Questi sono sintomi che spesso precedono ed anticipano momenti significativi di crisi che tuttavia riesce a volte a superare con il supporto ed aiuto da parte degli operatori.

Nei momenti di crisi, tende a isolarsi rimanendo spesso a letto e si alza solo per andare a mangiare o prendere la terapia quotidiana.

Nel 2003 è inserita nell'attività di riabilitazione equestre per ridurre il suo stato d'ansia e la sua insicurezza. Inizia l'attività con la cura e la gestione del cavallo da terra e in seguito viene messa in sella.

Dal 2003 al 2007, il lavoro di riabilitazione equestre svolto su Paola è stato rivolto all'insegnamento delle basi dell'equitazione e alla cura del cavallo da terra; pulizia dell'animale, prenderlo dal box, accompagnarlo nel recinto, sellarlo e montarlo. Si è dedicata con attenzione e cura, nell'imparare a eseguire bene la pulizia del cavallo e salire in sella, con qualche difficoltà tutte le volte che si chiedevano di eseguire lavori nei quali, era necessario piegare la schiena, esempio: pulire gli zoccoli, pulire le zampe, ma l'impegno è sempre stato presente in lei.

Paola, si sente più tranquilla quando il cavallo è legato a 2 venti, mentre traspare in lei, una certa timidezza, quando il cavallo è libero e lei deve andare a prenderlo.

Buono è il susseguirsi delle azioni che fa nella pulizia dell'animale, parte dal collo con il bruscone, passa alla spalla, va sulla schiena e arriva alla groppa, infine pulisce le gambe e i nodelli, mentre iniziava a preoccuparsi quando si avvicinava al cavallo per salire in sella, traspariva il suo timore, i suoi movimenti iniziavano ad essere lenti o troppo svelti, traspariva l'incertezza e l'indecisione tutto bene, fino al 2007 e durante lo svolgimento dell'attività, vi sono alcuni momenti di angoscia; soprattutto durante la salita, e la discesa (è aiutata dagli operatori) e in alcuni momenti, dove lei ferma il cavallo e si "riposa", dicendo: "Poverino, sarò stanco di portarmi in giro".

Paola, ha sempre avuto un buon assetto a cavallo: busto eretto, mani e gambe nella posizione corretta, buono l'impegno per far eseguire al cavallo le varie figure di maneggio e benché lei sia in sovrappeso, il cavallo si è dimostrato sempre sereno e sciolto nei movimenti.

Non siamo riusciti a capire il motivo di questa ansia, ma ha fatto riflettere l'operatore, il quale ne ha parlato in equipe si è deciso di cambiarle gruppo, sperando che si possa rasserenarsi e riprendere fiducia in se stessa, abbassando così il suo stato di angoscia e ricrescere il desiderio di risalire il sella.

Dal 2009 è introdotta nel gruppo di "avvicinamento al cavallo" e questo, in lei ha dato un abbassamento del livello di ansia, forse dovuta alla sua "fatica psichica" nel salire in sella, comunque appare sempre "timorosa" nell'approccio con il cavallo.

Abbiamo ripreso le "cose" dall'inizio; guardare, osservare, dare carote, riprendere fiducia nello stare vicino al cavallo e gradatamente abbiamo ripreso a pulirlo e sellarlo.

In questo gruppo, il lavoro di riabilitazione equestre è basato molto sulla relazione con cavallo; il perché l'animale si comporta così e quali sono i suoi bisogni.

Nel periodo invernale, da Novembre a Febbraio, abbiamo utilizzato delle proiezioni di video, dvd, slide, alternati a momenti di lettura di libri equestri e con una discussione conclusiva fra tutti i partecipanti del gruppo, sono stati momenti interessanti, dove i pazienti chiedevamo e facevamo domande su vari temi e aspetti del cavallo. I filmati sono stati di vario tipo: mascalcia, purosangue arabo, purosangue inglese, corse di trotto e galoppo, monta americana, salto ostacoli, ecc....

Per dare una maggiore conoscenza del cavallo, avere maggiori motivi di discussione e approfondimento dell'animale.

Paola, ha svolto, questa parte teorica, con un buon interesse e da Marzo, che ha ripreso l'attività all'aperto la sua ansia è calata, attraverso il lavoro di grooming il suo interesse nei confronti del cavallo, non è cambiato, ha ripreso il contatto con l'animale in modo sereno e tranquillo.

Il lavoro che sta svolgendo è essenzialmente rivolto all'osservazione sui comportamenti del cavallo, alla pulizia e alla gratifica personale e dell'animale stesso, infatti spesso lo accarezza, gli chiede come sta e nel suo modo di porsi, traspare spesso una certa dolcezza e delicatezza.

SCHEDE PAOLA:

PAOLA

TCQ 12/10/2009

Distrazione	Punizione	Rivalutazione	Preoccupazione	C. Sociale
2	3	3	1	4
4	1	1	2	2
2	2	3	2	1
2	2	2	3	1
3	2	4	4	1
3	4	2	2	2
16	14	15	14	11

TCQ 19/04/2010

Distrazione	Punizione	Rivalutazione	Preoccupazione	C. Sociale
2	4	4	4	4
2	1	4	3	3
4	3	4	4	3
4	4	4	2	4
4	1	2	2	2
2	1	4	4	2
18	14	22	19	18

PAOLA

MQ 12/10/09

Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5
4	4	1	4	3
2	1	4	4	4
1	4	1	1	4
2	1	1	4	3
1	4	1	2	2
1	4	1	1	2
1	2	1	2	2
2	1	2	3	
1	1	2	2	
3	2		2	
1	2		4	
2	2		4	
4	1			
2	1			
2	2			
1				
1				
1				
33	34	15	34	20

MQ 19/4/10

Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5
1	4	4	3	4
1	4	1	1	4
1	3	2	1	3
1	3	1	1	4
1	2	3	1	4
1	1	1	4	1
1	3	3	4	4
1	4	1	1	
4	4	4	1	
4	4	4	4	
4	4		4	
1	4		4	
1	2		3	
4	1			
1	4			
2	4			
1				
4				
1				
35	51	24	32	24

PAOLA

BPRS OTTOBRE 09		BPRS APRILE 10		VARIAZIONI in %:
A	34	A	29	14,70588
B	24	B	22	8,333333
totale	58	totale	51	12,06897
PANSS	26		24	7,692308

PAOLA:

PANSS OTTOBRE 09: 2 (deliri, disorganizzazione concettuale), 3 (comportamento allucinatorio, manierismo e atteggiamenti posturali), 4 i restanti. Tot 26

PANSS APRILE 10: 2 (deliri, disorganizzazione concettuale, comportamento allucinatorio), 3 (ritiro sociale apatico/passivo manierismo e atteggiamenti posturali), 4 tutti gli altri. Tot 24

Stefano, nato a Cattolica nel 1964, vive presso la sua famiglia in cui il padre è stato un etilista e la madre svolgeva tutte le attività famigliari.

Va a scuola come elettrotecnico e apre, in casa, un laboratorio per riparare radio, appassionato di musica svolge l'attività di DJ presso una discoteca locale per alcuni anni.

Ha sempre presentato un carattere chiuso e alla maggiore età ha iniziato a essere seguito dall'ASL locale per i suoi deliri e pensieri paranoici, la diagnosi che viene presentata è di **schizofrenia paranoide**.

Da quel momento, inizia a chiudersi in casa, esce solo per fare la spesa e la madre muore nel '97, lui rimane da solo col padre, che ha il Morbo di Parkinson e lo assiste facendosi aiutare da una signora, loro amica. Continua il rapporto con il Servizio di Salute Mentale fino all'anno 2001, in cui mette in atto un tentato suicidio, tentando di soffocarsi con il gas della cucina in casa, ma a un certo momento, vistosi ancora vivo, si alza dal divano e preme sull'interruttore e una parte della casa, salta in aria; lui è ricoverato all'ospedale "gravi ustionati" e il padre messo in una casa di riposo.

Dal 2003 è inserito in una struttura residenziale psichiatrica. Stefano è una persona tendenzialmente pigra, silenziosa, con sguardo profondo, gli piace mangiare e riposarsi, trascorre molto tempo nella sua camera a riflettere e rimuginare i pensieri, è alto circa 1.50 e pesa circa 87 kg, con fatica riesce a vestirsi e si fa aiutare nell'allacciarsi le scarpe, è un buon fumatore.

Dal 2003 è inserito nell'attività di riabilitazione equestre, per cercare di dargli stimoli nuovi, sapendo che a lui piace il cavallo, di conseguenza riuscire a farlo uscire dalla sua camera, conoscere persone nuove, sono situazioni che stimolano la relazione e danno meno tempo di fargli pensare ai suoi pensieri persecutori.

E' inserito nello stesso gruppo di Paola e subito, reagisce guardando gli altri con diffidenza e paura. Il suo inizio non è costante, benché dimostri un interesse verso il cavallo, sempre un po' diffidente con le persone, ma con il passare del tempo la sua presenza, nel gruppo, diventa costante e il suo sguardo appare più rilassato, inizia a chiacchierare con gli altri pazienti del gruppo e con le persone che frequentano il maneggio e inizia il percorso in sella al cavallo, con un discreto assetto.

Buona è la cognizione spazio-tempo, esegue abbastanza bene le figure all'interno del maneggio e riconosce le lettere e utilizza bene lo spazio nel muovere l'animale.

Nel 2006, inizia a rallentare la sua partecipazione e scarso il suo interesse per l'attività, questo è dovuto a una serie di problemi legati al suo desiderio di riavvicinare i rapporti con i suoi parenti e spesso trova delle scuse per non venire; ossessiona i suoi parenti, vuole vedere il padre in casa di riposo e da una serie di pensieri di tipo paranoico.

Nel 2007, partecipa di rado all'attività e si prende la decisione di sospenderlo definitivamente, fino a quando Stefano non si tranquillizza.

Dal 2009, è reintrodotta nel gruppo di "avvicinamento al cavallo", nel quale continuerà il suo percorso in sella; inizia dimostrando poca resistenza fisica, ma molto impegno e piacere di stare all'aria aperta a contatto degli altri.

A Settembre, inizia l'attività all'aperto e lui si presenta sempre, gli piace stare all'aria aperta a contatto dei cavalli e delle persone, osservatore e poco loquace silenzioso.

Anche lui, come Paola, nel periodo invernale, da Novembre a Febbraio, partecipa a una parte teorica, con la visione di video, dvd, slide, alternati a momenti di lettura di libri equestri e con una discussione conclusiva fra tutti i partecipanti del gruppo; sono stati momenti interessanti, dove dimostra interesse e chiarimenti; chiede e fa domande su vari aspetti del cavallo. I filmati sono stati di vario tipo: mascalcia, purosangue arabo, purosangue inglese, corse di trotto e galoppo, monta americana, salto ostacoli, ecc... Per dare una maggiore conoscenza del cavallo e avere maggiori motivi di discussione e approfondimento.

In pieno inverno, decide di sospendere la parte teorica, dice di trovarla poco interessante e di aver più interesse nella parte pratica, a diretto contatto con il cavallo e verso Dicembre, decide, insieme all'operatore di sospendere la teoria e ripartire in primavera.

Da Marzo, abbiamo ripreso all'esterno, è sempre presente e a già iniziato un percorso in sella, dove mette molto impegno, ma deve ancora acquisire un certo equilibrio, sicurezza e determinazione.

STEFANO

MQ 12/10/09

Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5
4	4	2	4	4
2	4	1	4	2
2	4	4	4	1
4	4	1	4	3
1	4	2	4	2
1	4	3	4	4
4	1	2	4	2
1	4	2	4	
4	4	4	4	
4	1	2	4	
1	4		4	
1	4		4	
1	4		4	
4	4		2	
4	2			
2	4			
2				
2				
1				
45	56	23	50	18

MQ 19/4/10

Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5
4	3	2	4	4
4	4	2	4	4
1	4	4	4	4
1	2	2	1	1
1	4	1	4	1
1	4	4	4	4
4	1	1	4	4
2	4	2	4	
4	4	4	4	
4	4	4	4	
1	4	4	2	
4	4		1	
1	4		4	
4	4			
1	4			
4	4			
4				
1				
4				
50	58	26	44	22

STEFANO

TCQ 12/10/2009

Distrazione	Punizione	Rivalutazione	Preoccupazione	C. Sociale
2	3	2	3	3
1	2	2	4	1
2	4	1	2	1
4	4	2	2	2
2	1	2	4	1
2	3	2	2	2
13	17	11	17	10

TCQ 19/04/2010

Distrazione	Punizione	Rivalutazione	Preoccupazione	C. Sociale
1	1	2	2	3
2	2	2	3	3
2	2	2	4	3
3	3	1	2	1
2	1	2	4	1
2	4	2	1	1
12	13	11	16	12

STEFANO

BPRS OTTOBRE 09		BPRS APRILE 10		
A	45	A	43	4,444444
B	34	B	32	5,882353
totale	79	totale	75	5,063291
PANSS	38	PANSS	35	7,894737

STEFANO:

PANSS OTTOBRE 09: tutti 5 tranne 4 (disorganizzazione concettuale, comportamento allucinatorio). Tot 38

PANSS APRILE 10: riguardo agli item, sono tutti incolonnati nella 4 (deliri, disorganizzazione concettuale, comportamento allucinatorio, appiattimento affettivo, manierismo) nel punto 5 (ritiro socio apatico/passivo, mancanza di spontaneità, insolito contenuto del pensiero). Tot 35

Conclusioni

PAOLA: un po' timorosa e apprensiva è apparsa rincuorata dal fatto di non salire in sella e di poterlo pulire e gestire da terra.

L'attività è iniziata a Ottobre 2010, con un lavoro di riavvicinamento al cavallo, andando nel CRE a osservare i comportamenti dell'animale e ragionando sul perché dei loro diversi comportamenti. Lei, in questi momenti, appare molto serena e a Novembre, s'inizia un percorso di teoria, dove si "ragiona" sul cavallo e si visionano slide e video per dare a loro una conoscenza a 360°, di quello che è il cavallo. In questi incontri è sempre presente e partecipa con domande attinenti a quello che si discute nel momento, e questo fino a Marzo in cui s'inizia il percorso all'aperto presso il CRE.

Paola è subito disponibile a svolgere il lavoro a terra; prendere il cavallo dal box, pulirlo, accompagnarlo, avere cura dell'animale in quasi tutte le sue pratiche quotidiane e da quando è stata introdotta nel gruppo di "avvicinamento" al cavallo, sta riacquistando fiducia e si è abbassato il livello di ansia, di sensi di colpa, di sospettosità, di allucinazioni, che erano più presenti nell'anno precedente, quando lei montava a cavallo sempre.

Con il lavoro a terra appare più tonica e tranquilla nell'eseguire le varie pratiche equestri, c'è stata una migliore remissione della patologia e questo permette a lei di vivere e gestirsi meglio il quotidiano nella residenza in cui si trova. Gli operatori e il medico, trovano Paola più tranquilla, si relaziona sempre con tutti i pazienti in modo tranquillo, i suoi lineamenti sono rilassati e lei è spesso sorridente e chiacchierona, rimane poco nella sua camera, se non per la sua cura igienica e durante i suoi riposi quotidiani.

Per il suo progetto riabilitativo equestre, ritengo che con una certa calma e ripresa di autostima, fiducia e senza quell'ansia che aveva in precedenza, si rivolge spesso con dolcezza e quando esegue l'attività, traspare una certa determinazione nell'eseguire il lavoro con il cavallo e il prossimo passo per Paola possa essere di riprendere serenamente a montare in sella.

STEFANO: all'inizio ha fatto fatica nell'inserirsi all'interno del gruppo, in parte: dovuta alla ripresa dell'attività in Ottobre e alla sua difficoltà nella socializzazione con gli altri.

Con il tempo ha migliorato il rapporto con gli altri componenti del gruppo, questo suo miglioramento è stato dovuto al costante supporto dell'operatore.

Nel periodo invernale, riguardo la parte teorica, ha desiderato sospendere e riprendere a Marzo, momento iniziale dell'attività all'aperto, dove si presenta in orario, sempre tranquillo e predisposto ad accettare le altre persone, si avvicina al cavallo in modo sereno e mantenendo un approccio adeguato. Predilige salire a cavallo mentre è meno disponibile nella preparazione, se non per la pulizia degli zoccoli, forse dovuto al suo appiattimento affettivo.

Possiede poca gestione del cavallo montato e si riflette sulla difficoltà nell'eseguire le varie figure richieste all'interno del maneggio.

Per quanto riguarda il progetto riabilitativo equestre futuro, viste le difficoltà che ha nell'eseguire le figure in campo e che tali difficoltà potrebbero essere dovute all'assunzione di alcuni farmaci che possono provocare effetti collaterali di tipo motorio e di coordinamento segmentale, occhio-mano; ci siamo dati come obiettivo e step un lavoro che si dovrà svolgere di focalizzare le attività di equitazione su quei compiti che possono configurarsi come specificatamente riabilitativi rispetto alle sue difficoltà motorie: andatura al passo o al massimo un trotto non molto allungato, con esercizi di cerchio, volte, mezze volte, anche combinate tra loro (slalom) e in doppi cerchi (otto), in rettangolo.

Si potrebbe pensare di trovare una terapia migliorativa per aiutare il paziente nella gestione del cavallo e di conseguenza, nel migliorare le difficoltà neuromotorie quotidiane.

Si pensa a una dieta che gli permetta, di essere più sciolto nei movimenti e di conseguenza, anche a cavallo, oltre che parlare con lo psichiatra di riferimento nel trovare una terapia più adeguata e che lo possa aiutare nelle varie attività motorie quotidiane, anche semplicemente: allacciarsi le scarpe.

Conclusioni comuni

Nella considerazione dei risultati ottenuti e alle valutazioni testologiche, bisogna tenere presente il fatto che queste sono state eseguite da parte del medico psichiatra referente delle strutture, il quale è presente già da vari anni e conosce bene i pazienti. Inoltre il medico non è presente all'attività riabilitativa equestre e la compilazione delle schede è stata fatta attraverso dei colloqui all'interno delle strutture residenziali: in un ambiente normale, quotidiano e nella rete relazionale consueta che i pazienti vivono quotidianamente e non durante l'attività di RE eseguita presso il Centro.

Il miglioramento che il medico ha registrato, rappresenta quanto i pazienti hanno appreso in RE e sia stato "introiettato" dal paziente stesso e riportato nella gestione del suo quotidiano.

In particolare possiamo dire che il tecnico della riabilitazione equestre ha avuto modo di evidenziare una minore chiusura caratteriale, maggiore serenità dei pazienti durante l'attività; i pazienti sono apparsi più disponibili a stare e a condividere con gli altri della comunità tempo e attività, quotidiane all'interno delle strutture residenziali.

Gli operatori all'interno della struttura hanno notato una migliore relazione con i 2 pazienti; Paola è più cordiale, scherzosa, chiacchierona e serena, Stefano è più disponibile al colloquio e più tranquillo, meno delirante, un po' più legato alla realtà del pensiero.

Riguardo all'utilizzo delle schede auto valutative (MQ e TCQ), non danno una completa valutazione del paziente nei confronti dell'attività riabilitativa equestre, ma solo parziale visione della remissione del paziente, infatti, si pensa di inserire un'altra scheda auto valutativa (TAS), ma questo da Settembre 2010 alla ripresa dell'attività, dopo la sospensione estiva.

L'inserimento della scheda, permette di avere un quadro più completo dello stato del paziente.

Molto più significative sono le schede (BPRS e PANSS), che danno una valutazione medico – scientifica più esatta nei confronti di un miglioramento e remissione del disturbo schizofrenico e di altre patologie di tipo psichiatrico, infatti si nota come il paziente è migliorato nella quotidianità e che ha introiettato il "benessere" che il cavallo ha trasmesso a lui.

Scritta da: Baldassarri Stefano cell 335-6946541.

-Ausiliario della riabilitazione equestre ANIRE nel 1993

-Ausiliario della riabilitazione equestre FISE dal 2009

-Specializzato nell'area socio educativa FISE, DAL 19 Maggio 2010

- Educatore professionale e responsabile della RE presso la Cooperativa Sociale "Domus Coop" in via Allegretti N° 14 a Forlì.

Mail: baldassarri15@msn.com

Copia ad uso didattico. Ogni utilizzo anche parziale necessita di esplicita autorizzazione dell'estensore.