UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo
e della Socializzazione

Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello Sviluppo,
della Personalità e delle Relazioni Interpersonali

Tesi di Laurea Triennale

GLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI: UNO STRUMENTO TERAPEUTICO NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Animal-Assisted Therapy: a therapeutic tool in Borderline Personality Disorder

RELATRICE

Prof.ssa Sabrina Bonichini

LAUREANDA

Francesca Mariani

Matricola: 2074647

Anno Accademico 2024/2025

INDICE

ABSTRACT……....1

CAPITOLO 1

Il rapporto tra l'uomo e gli animali e gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA)

1.1 Il ruolo degli animali nella storia e origini degli IAA ……..……..…….. 3

1.2 Il legame di attaccamento tra uomo e animale ……5

1.3 Gli interventi assistiti con gli animali oggi …… 8

1.4 Gli effetti positivi neurobiologici nell'interazione con gli animali ……10

CAPITOLO 2

Il Disturbo Borderline di Personalità

2.1 L'origine e l'evoluzione del concetto di borderline……13

2.2. Il Disturbo Borderline di Personalità nel DSM-5…….…….15

2.3 La disregolazione emotiva nel Disturbo Borderline di Personalità ...……...16

2.4 L'attaccamento e il trauma infantile nel Disturbo Borderline di Personalità ….....19

2.5 Trattamenti psicoterapeutici applicati nella cura del Disturbo Borderline di Personalità ……..…… .23

CAPITOLO 3

Gli interventi assistiti con animali nel Disturbo Borderline di Personalità: studi e testimonianze

3.1 Studio qualitativo nei pazienti con disturbo borderline di personalità**:** gli animali domestici offrono significato e scopo di vita ……..27

3.2 Effetti del training di abilità assistito da animali sui livelli di ossitocina e cortisolo nei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità ……..31

3.3 Ruolo degli animali domestici e della terapia assistita con animali nella prevenzione del suicidio ……35

3.4 I cani di assistenza psichiatrica in Italia e la testimonianza di Sophie Bertocchi e Rose ……. .38

CONCLUSIONI ……..43

BIBLIOGRAFIA ……...…..45

ABSTRACT

Il presente elaborato si propone di indagare l'efficacia degli interventi assistiti con gli animali all'interno di contesti terapeutici, con particolare attenzione al trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (DBP).

L'attenzione è rivolta in particolare sul modo in cui il legame con l'animale può costituire un'esperienza relazionale correttiva, capace di promuovere stabilità e fiducia, elementi spesso compromessi nelle interazioni interpersonali delle persone con DBP.

Gli studi presi in analisi dimostrano come il prendersi cura di un animale possa restituire un senso e una motivazione di vita a queste persone, generando effetti positivi sull'autostima e sulla rappresentazione interna di Sé.

CAPITOLO 1

IL RAPPORTO TRA L'UOMO E GLI ANIMALI E GLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI (IAA)

1.1 Il ruolo degli animali nella storia e le origini degli interventi assistiti con gli animali

Gli animali hanno sempre avuto un ruolo centrale nella vita dell'uomo non solo per il sostegno pratico che sono in grado di offrire, ma anche per il loro valore simbolico e spirituale, legato a miti e religioni. Inoltre, fin dall'antichità, molte culture consideravano gli animali una presenza benefica per la salute e il benessere dell'uomo. Lo zooantropologo James Serpell, professore di Etica Animale, ha studiato il significato attribuito agli animali nelle prime comunità umane. Nelle culture di cacciatori-raccoglitori come *Inuit* e *Ojibwa*, erano diffuse credenze animiste e sciamaniche che attribuivano loro poteri soprannaturali. Si pensava che, se un animale fosse stato ucciso senza rispetto, il suo spirito avrebbe potuto vendicarsi, causando malattie o disgrazie alla comunità.

Anche dopo l'avvento delle grandi religioni (cristianesimo, buddismo e induismo) gli animali continuarono a rivestire un importante ruolo simbolico. Nell'antico Egitto il dio Anubi, guida dei morti nell'aldilà, aveva la testa di uno sciacallo e nell'antica Grecia il bastone di Asclepio, dio della medicina, era avvolto da un serpente, animale che, per la sua capacità di mutare pelle, era considerato simbolo di guarigione e rigenerazione ed era considerato dotato di poteri terapeutici (Scarsella, Vitali e Brescianini, 2019).

Durante il Medioevo in Europa il rapporto uomo-animale cambiò. La Chiesa cattolica represse progressivamente i culti a loro legati e alcuni animali, come i gatti, furono associati a forze maligne, considerati come manifestazioni del diavolo o di streghe trasformate in animale. Nonostante ciò, natura e mitologia continuarono a intrecciarsi, mantenendo vivo un legame complesso tra uomo e mondo animale.

Nel XVII secolo il pensiero di René Descartes, padre del razionalismo moderno, accentuò la separazione tra uomo e animale. Infatti, la distinzione cartesiana tra *res cogitans* (la sostanza pensante, propria solo dell'uomo) e *res extensa* (la sostanza estesa, che include i corpi materiali, compresi gli animali) portò a concepire gli

animali come macchine biologiche, prive di coscienza e sensibilità. Oltre a giustificare pratiche sperimentali crudeli, questa visione accentuò anche la netta scissione tra corpo e mente, portando ad una concezione disincarnata della mente umana.

La concezione cartesiana del mondo animale cominciò ad essere messa in discussione nel corso del 1700, quando l'Illuminismo introdusse una concezione più rispettosa e compassionevole degli animali, considerando anch'essi come esseri dotati di sensibilità e meritevoli di rispetto. Il filosofo John Locke, in particolare, riconobbe negli animali un valore nel processo educativo, osservando che la cura degli stessi aiutava i bambini a sviluppare empatia, responsabilità e rispetto. Nei suoi scritti Locke avvertì che gli atteggiamenti crudeli verso gli animali potevano anticipare comportamenti antisociali verso le persone (Scarsella, Vitali, Brescianini, 2019).

Poco dopo, nel 1792, William Tuke introdusse per la prima volta gli animali in un contesto terapeutico allo *York Retreat Hospital* in Inghilterra. Qui i pazienti psichiatrici, interagendo con piccoli animali come conigli e galline, sviluppavano abilità sociali e recuperavano l'autocontrollo e altre facoltà perdute (Pergolini e Reginella, 2009, Serpell, 2015).

Nel 1875 il neurologo francese Chessigne osservò che il movimento del cavallo migliorava l'equilibrio e il tono muscolare nei pazienti neurologici, ponendo le basi dell'ippoterapia (Ballarini, 2005).

Nel 1919, all'*Elizabeth's Hospital* di *Washington* iniziarono ad essere impiegati i cani come sostegno psicologico per i reduci di guerra affetti da schizofrenia, disturbo post traumatico da stress e depressione (Pergolini e Reginella, 2009).

Anche le teorie di Freud contribuirono a dare un significato simbolico agli animali visti come rappresentazioni delle pulsioni inconsce che, se represse durante l'infanzia, potevano condurre alle nevrosi in età adulta.

La nascita della *pet therapy* vera e propria si colloca tuttavia agli inizi degli anni '60 quando Boris Levinson, psicoterapeuta psicoanalitico e docente alla *Yeshiva Univerisity* di *New York*, formulò per primo una teoria sull'uso degli animali in ambito terapeutico.

Levinson, superando la concezione freudiana che vedeva negli animali delle rappresentazione inconsce che, se represse durante l'infanzia potevano condurre alla nevrosi in età adulte, affermò che gli animali non erano solo specchi delle dinamiche interiori dell'uomo, ma presenze reali e affettive, capaci di offrire conforto e sicurezza (Serpell, 2015). Levinson osservò che in una società dominata dalla razionalità, in cui

l'uomo reprime la sua parte più autentica, il contatto con gli animali può aiutarlo a ritrovarla, creando un "ponte" tra il sé sociale e quello profondo.

Questa intuizione nacque da un episodio clinico descritto nell'articolo "*The Dog as a Co-Therapist*" pubblicato nel 1962 sulla rivista *Mental Hygene*. Durante una seduta terapeutica, il cane di Levinson favorì il primo contatto relazionale con un bambino autistico. Il bambino iniziò a relazionarsi spontaneamente all'animale, avvicinandosi ad esso e facendosi leccare. Attraverso l'interazione con il cane il terapeuta riuscì a creare un primo contatto con il bambino, inserendosi tra i due mentre giocavano (Altschiller, 2011).

Da allora, Levinson iniziò a includere sistematicamente gli animali nelle sue terapie, constatandone l'efficacia soprattutto con bambini affetti da gravi difficoltà comunicative ed emotive.

Nel 1980, arrivarono anche le prime conferme scientifiche: la psicologa Erika Friedmann pubblicò su *Public Health Reports* uno studio che dimostrò come la presenza di un cane favorisse la sopravvivenza dei pazienti cardiopatici dopo un infarto, riducendone lo stress e migliorandone l'umore. Questo studio agì da catalizzatore, promuovendo una serie di ricerche volte a confermare tali benefici e, sulla scia dei risultati ottenuti, nacquero le prime organizzazioni internazionali volte a promuovere gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA), tra cui la AHAIO (*International Association of Human-Animal Interaction Organizations*), che ancora oggi definisce standard, linee guida e principi etici per l'utilizzo degli animali in ambito terapeutico (Scarsella, Vitali e Brescianini, 2019).

1.2 Il legame di attaccamento tra uomo e animale

La ricerca scientifica degli ultimi anni ha evidenziato come la relazione tra esseri umani e animali domestici può essere fonte di benessere psicofisico. L'uomo, infatti, condivide con altre specie animali meccanismi fisiologici e psicologici che sono alla base del comportamento sociale e che facilitano i legami di attaccamento (Beck, 2014).

Il legame che l'uomo instaura con l'animale può contribuire a soddisfare alcuni suoi bisogni essenziali, come il bisogno di sicurezza, quello di cura e di amore incondizionato (Wilson e Turner, 1987, v. anche Ballarini 2005).

Il concetto di attaccamento è stato sviluppato negli anni '50 dallo psicologo britannico John Bowlby, ma le sue fondamenta poggiano sulle osservazioni etologiche di Konrad

Lorenz e sugli studi di Harry Harlow. Attraverso il fenomeno dell'*imprinting*, Lorenz ha mostrato come alcuni animali sviluppino un legame precoce e stabile con una figura genitoriale (o surrogata), fondamentale per la sopravvivenza. Harlow, invece, ha dimostrato con i suoi esperimenti sulle scimmie Rhesus che il bisogno di contatto e sicurezza può essere più importante del soddisfacimento dei bisogni primari di nutrimento: i cuccioli preferivano una madre morbida e calma a una che offriva solo cibo (Stella & Zavattini, 2011, pp. 350-351).

Bowlby ha rielaborato questi contributi, sviluppando una teoria dell'attaccamento inteso come comportamento innato che porta l'individuo a cercare prossimità e protezione dalla figura di riferimento in risposta a situazioni di pericolo e paura (Lis, Stella e Zavattini, 2011). In base alla qualità del legame di attaccamento instaurato con il *caregiver* si creerà o meno un equilibrio tra la volontà di esplorazione autonoma dell'ambiente circostante e la ricerca di protezione, ritornando l'individuo alla propria base sicura in caso di bisogno (Ainsworth,1989).

Diversi studi confermano che gli animali da compagnia, in particolare i cani, possono soddisfare i bisogni tipici dell'attaccamento umano, offrendo compagnia, protezione, rassicurazione e stabilità emotiva. La relazione affettiva tra uomo e animale è definita "flessibile", poiché i ruoli di "accudente" e "accudito" possono alternarsi in base alle situazioni (Julius, Beetz, Turner, & Uvnas-Moberg, 2014).

Durante gli interventi assistiti, spesso è l'animale a svolgere il ruolo di figura di accudimento, contribuendo alla regolazione affettiva dell'essere umano. Tale relazione ha un impatto diretto sui modelli operativi interni (*internal working models*) che costituiscono un concetto chiave nella teoria dell'attaccamento. I modelli operativi interni sono strutture mentali profonde che l'individuo costruisce a partire dalle proprie esperienze relazionali precoci e che influenzano la percezione di sé (come meritevole o meno di amore e protezione) e degli altri (come affidabili oppure minacciosi).

Quando il cane viene percepito come una figura stabile, empatica e non giudicante può agire come una vera e propria figura di attaccamento, diventando una base sicura attraverso cui esplorare il mondo e un rifugio sicuro nei momenti di disagio. In questo modo, il cane può contribuire a rafforzare oppure ristrutturare i modelli operativi interni, specialmente in individui che hanno vissuto relazioni precoci con le proprie figure di attaccamento trascuranti, instabili, insicure o traumatiche.

In tali casi, la relazione con l'animale può rappresentare un'esperienza affettiva ripartiva, idonea a promuovere una visione del Sé più positiva ("sono degno di affetto e protezione") e una nuova fiducia nell'altro ("posso contare su qualcuno").

Nella relazione tra uomo e animale un ruolo importante è svolto dall'antropomorfismo, cioè la tendenza radicata nell'essere umano ad attribuire agli animali intenzioni, emozioni e stati mentali che caratterizzano gli esseri umani (Morris et al., 2008). Mentre in passato questo processo era considerato una distorsione cognitiva o una proiezione soggettiva oggi è ritenuto funzionale per facilitare e rendere più efficace la costruzione di legami affettivi: si parla di antropomorfismo funzionale inteso come attribuzione consapevole di caratteristiche umane all'animale per facilitare la comunicazione emotiva e il coinvolgimento relazionale. Tale forma di attribuzione si manifesta principalmente con specie filogeneticamente più vicine all'uomo (es. cani e gatti).

All'interno delle relazioni interpersonali e nel legame di attaccamento l'empatia riveste un ruolo cruciale. Il termine "empatia" (dal greco "*en*" che significa "dentro" e "*pathos*" che ha il doppio significato di "sentire" e "soffrire") indica la capacità dell'individuo di mettersi nei panni dell'altro, prestando attenzione a ciò che l'altro pensa, sente e prova. Anche nelle relazioni che instauriamo con gli animali l'empatia ha un ruolo assai rilevante e si attiva negli esseri umani quando riescono a sentire disagio, proviamo dispiacere per un animale in difficoltà (Scarcella, Vitali, Brescianini, 2019).

Secondo lo studio di Walter Trillmich "*Empathy and Prosocial in Animals*" (2008) l'empatia non appartiene esclusivamente all'uomo ma ha radici filogenetiche profonde ed è presente anche all'interno del regno animale. Trillmich individua tre gradazioni diverse e progressive di empatia nel regno animale e segnatamente:

a) il contagio emotivo (*emotional contagion*), cioè la forma basilare e semplice di empatia, in cui l'individuo percepisce le emozioni dell'altro, entra in risonanza con esse e reagisce di conseguenza (es. il cane che si agita se il padrone è stressato);
b) l'empatia con distinzione di sé dall'altro (*empathic concern*), cioè il livello intermedio di empatia, che si verifica quando l'individuo comprende lo stato emotivo dell'altro e offre comportamenti consolatori senza lasciarsi contagiare e sopraffare;

c) l'empatia affettiva - prospettiva cognitiva (*perspective talking*), cioè è la forma di empatia più profonda, in cui si verifica una connessione emotiva autentica. L'individuo comprende e interiorizza le emozioni dell'altro ed agisce in funzione al suo bisogno emotivo. Questa forma di empatia è stata riscontrata nei grandi primati (es. gli scimpanzé, lemuri …).

Molte specie animali riescono ad interagire a livello comunicativo con gli esseri umani anche senza il linguaggio verbale. In particolare, il cane dimostra straordinarie abilità in questo ambito, essendo in grado di interpretare gesti, sguardi, espressioni e persino il tono della voce umana, mostrando capacità simili a quelle di un bambino di due o tre anni (Lakatos et al., 2009).

Nello studio di Kaminski, Call e Fischer (2004) condotto su un cane *border collie* è stata dimostrata la capacità dell'animale di apprendere parole nuove anche solo dopo una prima esposizione mediante associazione a oggetti sconosciuti, procedendo per esclusione. Questo processo cognitivo è noto come *fast mapping* (mappatura rapida) e conferma come il cane è in grado di usare strategie cognitive simili a quelle infantili.

1.3 Gli interventi assistiti con gli animali oggi

Il termine *pet therapy*, coniato, come abbiamo visto, nel 1964 dallo psichiatra infantile Boris Levinson, è stato progressivamente sostituito, a partire dagli anni '90, con il termine "*Animal Assisted Therapy*" (IAA).

A livello internazionale non esiste un accordo unico sugli IAA, per cui ogni paese adotta proprie Linee Guide Nazionali.

In Italia, il riferimento normativo principale è l'Accordo Stato-Regioni siglato il 25 marzo 2015, che ha definito le Linee Guida Nazionali per gli Interventi Assistiti con Animali (IAA). Secondo quanto riportato nell'accordo, le finalità IAA sono *"interventi a valenza terapeutica, riabilitativa, educativa e ludico-ricreativa, che si avvalgono dell'ausilio di animali e mirano al miglioramento della salute e del benessere delle persone*".

Nelle citate Linee Guida si distinguono tre tipologie di intervento, ognuna con finalità specifiche e modalità definite, e, segnatamente:

a) Terapie Assistite con Animali (TAA): si tratta di interventi a valenza terapeutica finalizzati alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale e rivolti a soggetti con patologie fisiche e psichiche,

sensoriali o plurime di qualsiasi origine. L'intervento è personalizzato sul paziente e richiede apposita prescrizione medica. Un esempio di TAA è la riabilitazione equestre;

b) Educazione Assistita con gli Animali (EAA): si tratta di interventi a scopo educativo che hanno la finalità di promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e progettualità individuale, di relazione e inserimento sociale delle persone in difficoltà. L'intervento può essere anche di gruppo e promuove il benessere delle persone nei propri ambienti di vita, particolarmente all'interno delle istituzioni in cui l'individuo deve mettere in campo capacità di adattamento. Attraverso la mediazione degli animali domestici vengono attuati anche percorsi di rieducazione comportamentale. L'EAA trova, quindi, applicazione in diverse situazioni come, ad esempio, una prolungata ospedalizzazione o ripetuti ricoveri in strutture sanitarie, difficoltà dell'ambito relazionale nell'infanzia e nell'adolescenza, disagio emozionale e psicoaffettivo, difficoltà comportamentali e di adattamento socio-ambientale, situazioni di istituzionalizzazione di vario tipo (istituti per anziani e per pazienti psichiatrici, residenze sanitarie assistenziali, comunità per minori, carceri, ecc.), condizioni di malattia e/o disabilità che prevedano un programma di assistenza domiciliare integrata e continuativa;
c) Attività Assistite con gli Animali (AAA): si tratta di interventi con finalità di tipo ludico-ricreativo e di socializzazione diretti a promuovere e incrementare il miglioramento della vita di un individuo e di insegnare le corrette interazioni tra uomo-animale. Nelle AAA la relazione e il contatto con l'animale costituiscono fonte di conoscenza, di stimoli sensoriali ed emozionali. In alcuni casi le AAA sono propedeutiche ad interventi più strutturati come le TAA o EAA. Le AAA hanno come obiettivi principali lo sviluppare abilità attraverso la cura dell'animale, lo stimolo della comunicazione e della relazione con gli altri, il rafforzamento della motivazione e la partecipazione attiva.

Gli IAA possono essere realizzati esclusivamente all'interno di strutture dedicate o in sedi pubbliche o private, che rispettino i criteri stabiliti e le linee guida dalle norme nazionali. Le strutture che intendono offrire terapie ed educazione assistita con animali devono ottenere un'autorizzazione specifica da parte delle autorità sanitarie locali.

L’elenco ufficiale dei centri e delle strutture IAA è consultabile attraverso il portale del sito Centro Nazionale di Referenza del Ministero della Salute.

All’interno degli interventi assistiti, soprattutto quelli a scopo terapeutico ed educativo, è fondamentale il coinvolgimento di una *equipe* multidisciplinare composta da diverse figure professionali, sia sanitarie che non, in cui ciascun membro contribuisce alla progettazione dell’intervento attraverso le proprie competenze specifiche, lavorando in sinergia con gli altri.

Per comporre l’*equipe* occorre tener conto dell’ambito in cui è effettuato l’intervento, degli obbiettivi da raggiungere, dei bisogni della persona coinvolta e delle caratteristiche dell’animale. Tutti i partecipanti dell’intervento devono aver completato un percorso formativo specifico sugli IAA e devono aver superato l’esame di idoneità, come previsto nel capitolo 9 delle Linee Guida.

Le figure fondamentali previste per ogni tipologia di intervento sono il Medico Veterinario esperto in IAA e il Coadiutore dell’Animale, che si occupa di seguire e gestire l’animale durante le attività, assicurandosi che le interazioni con quest’ultimo si svolgano nel rispetto e nel benessere dell’animale stesso.

Nella TAA e nella EAA, l’*equipe* comprende anche un Responsabile di Progetto, che coordina il lavoro del gruppo e definisce gli obiettivi dell’intervento e le modalità operative, valutando i relativi risultati. Il Responsabile di Progetto sceglie inoltre il Referente d’Intervento, che svolge un ruolo importante in quanto segue la persona durante le sedute, aiutandola a raggiungere gli obiettivi prefissati.

Nella AAA la figura più importante è il Responsabile d'Attività, che organizza e coordina le attività. Tale ruolo può essere ricoperto da figure professionali e operatori che abbiano esperienza e competenza in base agli obiettivi definiti dall'attività.

1.4 Gli effetti positivi neurobiologici nell’interazione con gli animali

Negli ultimi anni molti studi scientifici hanno dimostrato che l’interazione tra esseri umani e animali, in particolare animali domestici come i cani, può produrre effetti positivi constatabili a livello neurobiologico.

In particolare, è stato dimostrato che il contatto con gli animali porta all’aumento dell’ossitocina, un ormone peptidico prodotto dall’ipotalamo e rilasciato nel sistema nervoso centrale e nel sistema circolatorio. Tale ormone si attiva in risposta a

stimolazioni sensoriali piacevoli come le carezze, il calore, il contatto umano, l'allattamento e i rapporti sessuali.

Gli effetti più diretti e positivi dell'ossitocina solo rilevabili nell'interazione e nel comportamento sociale, essendo stato dimostrato che questo neuropeptide consente di aumentare il contatto visivo, l'empatia, la memoria facciale, la fiducia, le abilità sociali e favorisce una percezione positiva di sé stessi, riducendo i sintomi depressivi (Heinrichs et al, 2003; Kosfeld, 2005; Zak, 2005 e 2007; Guastella, 2008; Jonas, 2008).

È stato, altresì, osservato che l'ossitocina porta ad una riduzione dell'aggressività e ha un ruolo fondamentale nei processi di cura materna (Pedersen et al., 1982, Fahrbach et al., 1984) e nella formazione dei legami di coppia (Cartel et al., 1995). L'ossitocina possiede anche effetti positivi rispetto allo stress, essendo stato dimostrato che questo neuropeptide è in grado di ridurre i livelli glucorticoidi, ossia gli ormoni dello stress, sia negli umani che negli animali, soprattutto quando sono esposti a situazioni di stress sociale (Heinrichs et al., 2003; Kirsch et al., 2005). Quando viene somministrata al cervello, l'ossitocina provoca anche una riduzione prolungata della pressione arteriosa, una diminuzione della frequenza cardiaca e un aumento della circolazione periferica e della temperatura cutanea (Petersson et al., 1999).

Questo neuropeptide ha mostrato proprietà ansiolitiche, ovvero la capacità di ridurre l'ansia specialmente in situazioni in cui sono presenti minacce sociali (Kirsch et al., 2005) ed effetti antinfiammatori nei ratti (Petersson et al., 1996, 2005).

Le *review* sistematiche e meta-analisi confermano che l'interazione con animali domestici, in particolare cani familiari, produce una riduzione significativa dei livelli di cortisolo, segno di minore stress fisiologico (Meints et al.,2025).

CAPITOLO 2

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'

2.1 L'origine e l'evoluzione del concetto di disturbo borderline

Il concetto di disturbo borderline di personalità ha avuto una lunga evoluzione teorica. Agli inizi della storia della psicoanalisi e della psichiatria, gli studiosi tendevano a collocare i disturbi mentali all'interno di due sole categorie: la schizofrenia (prima detta anche "demenza senile") e la psicosi maniaco-depressiva.

Dalla fine dell'800 alcuni studiosi iniziarono ad osservare che certi individui presentavano comportamenti non riconducibili né alla nevrosi, né alle psicosi classiche ma appartenevano a quadri clinici fluttuanti che sembravano collocarsi in una zona al confine tra la normalità e la patologia.

Nel 1938 Adolph Stern notò in alcuni pazienti la presenza di una condizione psicopatologica intermedia tra la nevrosi e la psicosi (sindrome pseudo-nevrotica) caratterizzata da una marcata ipersensibilità e una tendenza ad approcciarsi al terapeuta inizialmente idealizzandolo per poi svalutarlo.

Grazie a Stern si comprese che il funzionamento di personalità in un soggetto borderline è caratterizzato da una forte instabilità, ma non si arrivò ad una definizione precisa di tale disturbo. A ciò giunse circa quindici anni dopo, Robert Knight (1953), il quale rilevò che questo tipo di pazienti, dietro ad un apparente funzionamento tipicamente nevrotico, nascondevano una regressione e una severa debolezza dell'Io. Knight, anche se ancora incline a vedere tali soggetti all'ombra della schizofrenia, li concepiva come un'entità nosografica autonoma.

Negli anni '60, Roy Grinker fece un ulteriore importante passo avanti nella sistematizzazione della diagnosi del disturbo borderline come entità autonoma, individuando alcuni criteri diagnostici ricorrenti tra i pazienti definiti borderline, quali una depressione pervasiva, l'emergere di rabbia come emozione dominante, relazioni interpersonali instabili e una difficoltà nel mantenere una coerente immagine di sé.

Nel 1967 Otto Kernberg introdusse il concetto di "organizzazione borderline di personalità", che si colloca tra nevrosi e psicosi e che deve intendersi come una modalità di funzionamento essenzialmente intrapsichica stabile nel tempo con caratteristiche specifiche quali la diffusione d'identità, l'esame di realtà integro,

l'utilizzo di operazioni difensive primitive, come la scissione, la negazione, l'identificazione proiettiva, l'onnipotenza e l'idealizzazione.

Nel 1975, attraverso un'analisi strutturale, Kenberg identificò altri criteri diagnostici meno specifici del disturbo borderline, come la difficoltà nel controllo dell'impulsività e la bassa tolleranza dell'ansia, l'incapacità nel sublimare le pulsioni, la tendenza a regredire a una modalità di pensiero primario e la creazione di relazioni oggettuali patologiche interiorizzate, che portano il soggetto a oscillare tra idealizzazione e svalutazione delle relazioni, mettendo in atto comportamenti contraddittori e restituendo un'immagine di sé instabile.

Il limite del modello di Kernberg consisteva nel fatto che "l'organizzazione di personalità borderline" era associabile a tutti gli altri disturbi di personalità, occupando una vasta area nosografica tra le nevrosi e le psicosi.

Sotto tale ultimo profilo, più attendibile e preciso risultò il sistema proposto negli stessi anni da John Gunderson (1975). In un'intervista chiamata "*Diagnostic Interview for Borderlines*" (DIB, 1981) Gunderson evidenziò l'importanza di una diagnosi accurata del disturbo borderline, mettendo a fuoco criteri diagnostici più definiti – quali, il basso rendimento lavorativo, l'impulsività, la presenza di comportamenti suicidari o auto lesivi, di brevi o lievi episodi psicotici transitori e di grandi difficoltà relazionali dovuti ad una forte paura dell'abbandono – e suggerendo che non si tratta solo di instabilità emotiva, ma di un disturbo che influisce sulla capacità delle persone di avere relazioni sane. In tal modo egli meglio identificò le peculiarità del disturbo borderline, distinguendolo con maggiore chiarezza da altri quadri patologici.

Le scoperte di Kenberg e Gunderson furono decisive per la terza edizione del DSM-III (APA,1980), che incluse il disturbo borderline tra i disturbi di personalità dell'Asse II.

Le revisioni successive, fino al DSM-5 (APA,2013), hanno progressivamente revisionato i criteri diagnostici, eliminando definitivamente la distinzione tra nevrosi e psicosi, basando la diagnosi di DBP sul tratto dell'instabilità, che si riflette su ogni campo di vita della persona.

2.2 Il disturbo borderline di personalità nel DSM-5

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è uno tra i dieci disturbi di personalità riconosciuti dal *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-5, APA, 2013).

I disturbi di personalità sono caratterizzati dalla presenza di pattern pervasivi, inflessibili e duraturi di esperienza interiore e comportamento, che deviano dalle aspettative della cultura di riferimento.

Il DBP, in particolare, è un disturbo mentale caratterizzato da un pattern pervasivo di instabilità, che coinvolge le relazioni interpersonali, l'immagine di sé, l'affettività e il comportamento ed accompagnato da una marcata impulsività e da una ipersensibilità al rifiuto e all'abbandono (American Psychiatric Association, DSM-5, 2013, codice diagnostico 301.83).

Il DBP appartiene al cluster B dei disturbi di personalità, che include anche il disturbo antisociale, il disturbo istrionico e il disturbo narcisistico, ossia tutti i disturbi caratterizzati da una disregolazione emotiva, da una difficoltà nel controllo degli impulsi e delle emozioni e da un'instabilità generale. Questo quadro sintomatologico si manifesta tipicamente entro la prima età adulta ed è presente in diversi contesti della vita della persona (*American Psychiatric Association*, DSM-5, 2013, codice diagonistico301.83).

Nel DSM-5 TR la diagnosi del disturbo borderline di personalità richiede la presenza di almeno cinque dei seguenti nove criteri, elencati senza distinzione gerarchica, avendo ogni sintomo uguale valore diagnostico:

1) sforzi disperati per evitare un reale o immaginato abbandono;
2) relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra estremi di idealizzazione e svalutazione;
3) alterazione dell'identità: immagine di sé o senso di sé marcatamente e persistentemente instabili;
4) impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per l'individuo (es. spese, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);
5) comportamenti, gesti o minacce suicidari ricorrenti o comportamento automutilante (nel tentativo di trovarsi e sentirsi);

6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (es. disforia intensa episodica, irritabilità o ansia che di solito durano poche ore e raramente più di qualche giorno);
7) sentimenti cronici di vuoto;
8) rabbia immotivata intensa o difficoltà a controllare la rabbia (es. frequenti accessi di ira, costante rabbia, ricorrenti scontri fisici);
9) ideazione paranoide transitoria o gravi sintomi dissociativi associati allo stress.

2.3 La disregolazione emotiva nel Disturbo Borderline di Personalità

La disregolazione emotiva costituisce un nucleo centrale della psicopatologia borderline ed ha conseguenze significative sul funzionamento personale e interpersonale della persona (*Dixon-Gordon* et al., 2017)

Secondo la teoria biosociale di Marsha Linehan, il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) deriva dall'interazione tra una vulnerabilità biologica preesistente e un ambiente invalidante (Linehan, 1993). Secondo tale modello, il DBP non è un disturbo interamente innato né interamente ambientale, ma si sviluppa in soggetti con un'alta sensibilità e vulnerabilità emotiva ed esposti a contesti relazionali inadattivi.

Un ambiente invalidante, come un contesto familiare che tende a punire, a banalizzare o ignorare l'espressione emotiva della persona, porta ad amplificare la vulnerabilità biologica preesistente.

Contrariamente a quanto si possa pensare, l'impulsività nel DBP non è un tratto fisso ma uno stato dipendente dal contesto emotivo. Lo studio di Chapman, Dixon-Gordon & Walters (2010), attraverso il compito *go/no-go*, ha dimostrato che, in condizioni neutre, le risposte dei pazienti con DBP non si distinguono da quelle dei gruppi di controllo. Tuttavia, quando vengono indotti stati emotivi negativi, i pazienti DBP mostrano maggiori difficoltà a inibire le risposte impulsive, evidenziando come emozioni intense riducano il controllo comportamentale. Ciò dimostra che l'impulsività dipende dallo stato emotivo e sia una conseguenza della disregolazione emotiva (*Dixon-Gordon* et al., 2017).

La vulnerabilità emotiva nel DBP si manifesta soprattutto in risposta agli *stressor* sociali, soprattutto in base alla percezione soggettiva di esclusione o di rifiuto.

L'esperimento di *cyberball* ideato da Williams e Kipling (2003) ha l'obiettivo di simulare un'interazione sociale online e studiare la sensibilità al rifiuto.

Durante l'esperimento, il partecipante crede di giocare a palla con altri due individui i quali, in realtà, sono controllati dal computer. All'inizio la palla è passata equamente a tutti i giocatori mentre, in una seconda fase, i due personaggi simulati smettono di coinvolgere il partecipante. Tale esperimento ha rivelato che i pazienti borderline riportano sentimenti intensi di rifiuto anche quando l'interazione è equa e la palla è passata tra tutti i partecipanti, dimostrando una ipersensibilità anche per stimoli neutri o ambigui (Domsalla et al., 2014; Gutz et al., 2015). Risulta inoltre che, durante l'esclusione effettiva, le emozioni di rabbia, vergogna, tristezza e disprezzo di sé sono ancora più intense.

A livello neurobiologico si è dimostrato che le persone con DBP, durante l'esclusione sociale, mostrano un'iperattivazione dell'amigdala (percezione minaccia emotiva), del cigolo anteriore dorsale (dACC) e nell'area della corteccia prefrontale mediale (mPFC) coinvolta nella valutazione delle intenzioni altrui (mentalizzazione).

Anche durante la prima fase però, ossia la condizione di inclusione, c'è una forte attivazione di tali aree, che determina una costante iper-vigilanza e una tendenza a interpretare erroneamente anche situazioni di inclusione, anticipando cognitivamente il rifiuto (Domsalla et al. 2014).

La percezione di rifiuto reale o immaginata, può attivare emozioni e comportamenti esplosivi e disregolati che, a loro volta, scatenano un ciclo di pensieri ruminativi (Dixon-Gordon et al., 2017; Domsalla et al., 2014).

La ruminazione è un processo cognitivo disfunzionale che ha un ruolo importante nel generare, mantenere e intensificare la sofferenza emotiva dell'individuo affetto da DBP (Nolen-Hoeksema, 1991; Baer et al., 2012) e consiste nella presenza di pensieri ripetitivi, rigidi e involontari, incentrati su emozioni negative e sulle cause che le hanno scatenate. Tale processo amplifica il problema invece di risolverlo. Infatti, attraverso la ruminazione, il soggetto borderline non cerca una soluzione ma, a livello inconscio, cerca di mantenere il controllo e comprendere le emozioni, quali la vergogna, la rabbia e il senso di esclusione, che appaiono ingestibili. Pertanto, la ruminazione anziché produrre chiarezza, agisce da carburante, alimentando l'instabilità emotiva (Baer et al, 2012).

Selby (2008, 2009) ha descritto questo fenomeno come una "Cascata Emotiva", per evidenziare come una semplice emozione negativa iniziale, che può derivare da una percezione anche erronea di esclusione o abbandono, possa portare ad un incontrollato susseguirsi di pensieri ruminativi che alimentano la durata della sofferenza e conducono a comportamenti impulsivi (Selby et al., 2009, Selby& Joiner, 2013).

Nel DBP i comportamenti autolesionistici non suicidari, come procurare tagli, bruciature, percussioni a sé stessi (NSSI- "*Not Suicidary Self Injury*), sono molto frequenti e rappresentano non solo un atto impulsivo, ma anche una strategia di regolazione emotiva a breve termine, che tenta di spezzare e interrompere il ciclo ruminativo. Il dolore fisico, la vista del sangue o lo stimolo sensoriale acuto portano a distogliere l'attenzione momentaneamente dal dolore mentale, interrompendo il ciclo di pensieri incontrollabili (Chapman et al., 2006; Baer et al., 2012; Martino, 2013).

Durante gli atti di autolesione si verifica un calo repentino delle emozioni negative e dei pensieri invasivi, che portano ad una situazione di "sospensione mentale", in cui la tensione interna diminuisce, provocando una sensazione momentanea di sollievo. Questa sensazione è di breve durata perché, dopo l'autolesione, spesso emergono emozioni secondarie, come rabbia verso di sé, vergogna, senso di colpa, che finiscono per alimentare il ciclo di sofferenza emotiva (Selby et al., 2009; Baer et al., 2012).

Dal punto di vista clinico, comprendere il ruolo della ruminazione è cruciale: intervenire sui comportamenti per ridurre l'impulsività, senza modificare il processo cognitivo che ne è alla base, rischia di produrre risultati superficiali e instabili. Per questo i trattamenti più efficaci, come la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) o l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), mirano non tanto a sopprimere i pensieri negativi, ma a modificare il modo in cui il paziente si relaziona ad essi, attraverso tecniche di *mindfulness* e defusione cognitiva (Neacsiu et al., 2010; Baer et al., 2012). Questi approcci insegnano al paziente a convivere con il dolore emotivo, controllando le reazioni impulse e riducendo la fuga esperienziale, spesso alla base dell'autolesionismo. L'obiettivo è migliorare la tolleranza alle emozioni e interrompere il ciclo automatico tra emozione, pensiero e azione (Dixon-Gordon et al., 2017; Domsalla et al., 2012).

2.4 L'attaccamento e il trauma infantile nel Disturbo Borderline di Personalità

L'instabilità nelle relazioni interpersonali, caratteristiche distintive del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), sembra derivare dalle esperienze precoci di attaccamento.

Le teorie di Bowlby sull'attaccamento dimostrano che la qualità dei legami instaurati con i *caregiver* durante l'infanzia contribuisce alla costruzione di modelli operativi interni, ossia di rappresentazioni mentali di Sé e dell'altro che influenzano il modo in cui l'individuo vive la vicinanza, la separazione, la dipendenza, l'autonomia all'interno delle relazioni oggettuali (Bowlby, 1696, 1972, 1980).

Le teorie psico-dinamiche confermano che nel DBP, non solo fattori temperamentali, ma anche la predisposizione genetica interagisce con esperienze di attaccamento insicuro e distorsioni precoci nelle relazioni di cura.

Un ambiente invalidante, caratterizzato da trascuratezza e aggressività, può amplificare tali difficoltà.

Spesso il DBP si sviluppa all'interno di un contesto precoce in cui c'è intolleranza verso la manifestazione delle emozioni del bambino e in cui il bambino ha conseguentemente difficoltà nel riconoscere, regolare e tollerare le proprie risposte emotive, che oscillano tra estrema labilità emotiva e inibizione emotiva.

Numerosi studi empirici hanno confermato che le persone affette da DBP presentano stili di attaccamento insicuro. In particolare, secondo il modello di attaccamento proposto da Bartholomew e Horowitz (1991), risultano maggiormente associati al DBP gli stili di attaccamento preoccupato e pauroso.

Nell'articolo *"Attachment studies with borderline patients",* Agrawal et al. (2004) hanno analizzato tredici studi empirici che esaminano gli stili di attaccamento degli individui DBP, dimostrando l'esistenza di una forte associazione tra questo disturbo di personalità e attaccamento insicuro (in particolar modo irrisolto, preoccupato e pauroso). Le persone DBP mostrano un pattern relazionale ambivalente, ossia un forte desiderio di intimità unito alla paura di rifiuto, oscillando tra bisogno di vicinanza ed evitamento.

L'attaccamento preoccupato è caratterizzato da un'immagine negativa di sé e una visione idealizzata dell'altro da cui il soggetto affetto da DBP cerca conferma del

proprio valore, restando in allerta per segnali di distacco e disinteresse. L'attaccamento pauroso, invece, coniuga un'immagine negativa sia di sé che dell'altro, generando un forte desiderio d'intimità ma, allo stesso tempo, di paura della vicinanza, essendo percepito l'altro come minaccioso e sé stesso come non degno di amore.

Lo studio di Hashworth, Reis e Grenyer (2021) ha analizzato la relazione tra stili di attaccamento adulto insicuro e la "*personal agency*", ossia la capacità dei pazienti DBP di percepirsi come agenti primari delle proprio azioni, scelte e comportamenti. I risultati di questo studio hanno dimostrato che gli individui che soddisfano i criteri per l'individuazione di un DBP presentano livelli significativamente più bassi di *personal agency* rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, i partecipanti con DBP riportano punteggi più elevati negli stili di attaccamento preoccupato (*preoccupied*) e pauroso (*fearful*), mentre i soggetti del gruppo di controllo mostrano un attaccamento sicuro. Lo studio ha anche evidenziato che gli stili di attaccamento insicuro mediano la relazione tra bassa *personal agency* e la gravità dei sintomi borderline. La percezione di impotenza personale si amplifica quando il soggetto ha interiorizzato dei modelli relazionali disfunzionali, rendendo le esperienze emotive più difficili da regolare e aumentando la vulnerabilità alla disregolazione affettiva, tipica nel DBP.

L'attaccamento disorganizzato, osservato tipicamente nei bambini che hanno subito maltrattamenti, trascuratezza o ambivalenza, è identificato come un precursore significativo nello sviluppo del DBP. L'attaccamento disorganizzato si manifesta durante l'infanzia quando il *caregiver* rappresenta simultaneamente fonte di sicurezza e di paura. A differenza degli altri stili di attaccamento (sicuro, evitante, ambivalente), l'attaccamento disorganizzato non porta l'individuo a mettere in atto una strategia di comportamento coerente, ma contraddittorio: il bambino è confuso, disorientato e spaventato, ha il desiderio di avvicinarsi per ricercare affetto, ma è bloccato dalla paura, che crea nello stesso un conflitto.

Tra il 1986 e il 1988 è stato sottoposta ad un gruppo di 75 soggetti la *Traumatic Ascendents Interview* (TAI), un'intervista strutturata della durata di circa un'ora, volta a valutare la presenza e l'intensità di esperienze traumatiche in tre fasi dello sviluppo: prima infanzia (0-6 anni), seconda infanzia (7-12 anni), adolescenza (13-18 anni).

Lo studio ha identificato due principali categorie di traumi.

La prima categoria è quella degli abusi macroscopici, forme di traumi oggettivamente gravi e documentabili, suddivisi in tre sottotipi: aggressioni fisiche, abusi sessuali ed esposizioni a episodi di violenza.

Per aggressioni fisiche si intendono eventi in cui il soggetto ha temuto per la propria vita ed integrità fisica ed in cui ha riportato danni evidenti, quali fratture, bruciature, escoriazioni (Maffei,1993). Questi traumi hanno un impatto significativo nella costruzione dell'immagine di Sé e sulle capacità di regolazione emotiva. Nei bambini, il maltrattamento è spesso percepito come una punizione meritata ed alimenta sentimenti di vergogna, e paura. L'abuso fisico è, inoltre, correlato ad un'incidenza alta di comportamenti autodistruttivi (Cicchetti e Toth, 2005).

Non tutti gli studi sono tuttavia coerenti rispetto alla relazione specifica tra abuso fisico e sviluppo precoce di DBP. Sebbene le analisi univariate abbiano inizialmente mostrato una relazione significativa tra abuso fisico e sviluppo del DBP, le analisi multivariate ne hanno ridimensionato l'impatto, indicando che esso, da solo, non costituisce un predittore specifico, ma agisce in interazione con altre forme di trauma, come la bassa assistenza materna, l'abuso sessuale e il funzionamento familiare generale (Infurna et al., 2016).

Anche l'abuso verbale, posto in essere attraverso svalutazioni, minacce ed umiliazioni ripetute da parte del *caregiver*, produce una ferita che, se pur invisibile, è in grado di incidere sulle rappresentazioni di sé, alimentando una costante percezione di indegnità. Johnson et al. (2000) ha dimostrato come i bambini sottoposti ad abuso verbale materno presentano un rischio maggiore nello sviluppare disturbi di personalità durante l'adolescenza e in età adulta, in particolare, tratti borderline, narcisistici, ossessivi compulsivi e paranoici.

La seconda categoria di traumi deriva da condizioni di trascuratezza fisica e/o emotiva. Le trascuratezze fisiche attengono alla mancata soddisfazione dei bisogni primari del bambino (pasti, vestiti, cure in caso di malattia) da parte di chi dovrebbe rivestire una funzione genitoriale e occuparsi della sua protezione. Le trascuratezze emotive attengono all'assenza di attenzioni, sostegno e, soprattutto, di sintonizzazione emotiva da parte del *caregiver* (Maffei,1993).

Questa forma di trauma è uno dei predittori più incisivi nello sviluppo del DBP: non si limita alla mancanza di risorse materiali, ma coinvolge la carenza di contenimento e la

mancata risposta empatica ai bisogni affettivi del bambino. In tali contesti, il bambino non impara a regolare le proprie emozioni in modo diadico con la madre poiché i suoi stati emotivi non vengono riconosciuti, né validati. Di conseguenza, il bambino sviluppa la convinzione che le proprie emozioni siano inappropriate o eccessive, divenendo per lui difficile imparare ad autoregolarle.

Secondo Fonagy e Bateman (2006), il "fallimento della mentalizzazione", ossia la difficoltà di comprendere e riflettere sui propri stati emotivi e quelli altrui, deriva dalla mancata sintonizzazione del *caregiver*, che compromette la capacità del bambino di sviluppare sicurezza e fiducia nelle relazioni.

La letteratura evidenzia inoltre come bambini trascurati tendano ad attribuirsi la colpa delle mancanze genitoriali, sviluppando un Sé svalutante, fragile e frammentato (Cicchetti & Toth, 2005). Anche separazioni prolungate dal *caregiver* durante l'infanzia (abbandoni, decessi, assenze prolungate, divorzi), compromettono la fiducia di base, generando nel bambino un'aspettativa di abbandono e un modello instabile dell'altro (Bowlby, 1980).

L'attaccamento disorganizzato si origina anche in ambienti caotici dove può verificarsi un'inversione dei ruoli per cui i figli sono costretti a farsi carico di funzioni genitoriali e ciò provoca un'alterazione significativa nello sviluppo delle rappresentazioni interne (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

In assenza di una figura di attaccamento stabile, il soggetto borderline non ha interiorizzato dentro di sé una figura calmante (*shooting introject*), generando nella persona un'incapacità ad autoregolarsi durante momenti di sofferenza emotiva. Questo spiega il bisogno costante del paziente borderline dell'altro per regolare le proprie emozioni che non sa fronteggiare autonomamente.

La profonda difficoltà dei pazienti DBP nello stare da soli e il vuoto cronico che sperimentano in assenza di una figura relazionale, dipende da una vera e propria mancanza di strutture interne capaci di contenere l'emotività quando il supporto esterno viene a mancare (Gunderson, 2001).

2.5 Trattamenti psicoterapeutici applicati nella cura del Disturbo Borderline di Personalità

Numerosi studi sperimentali e revisioni sistematiche hanno dimostrato l'efficacia di specifici modelli terapeutici usati per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità.

Un primo tipo di modello terapeutico è il *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), una psicoterapia cognitivo-comportamentale sviluppata da Marsha Linehan negli anni '90 e progettata per pazienti con comportamenti autolesivi e tendenze suicidarie, che integra tecniche di cambiamento con strategie di accettazione, bilanciando il riconoscimento delle emozioni con la necessità di modificare i comportamenti disfunzionali. La DBT è strutturata nelle seguenti quattro tipologie di intervento:

- terapia individuale settimanale: affronta le emozioni intense con l'obiettivo principale di prevenire rischio suicidario e le condotte autolesionistiche, sviluppando abilità pratiche per affrontare la vita quotidiana;
- *skills training* di gruppo: è un modulo che prevede l'insegnamento di abilità pratiche attraverso *(i) il mindfulness*, volto a sviluppare la consapevolezza e la capacità di rimanere nel "qui e ora"; *(ii)* la regolazione emotiva, consente di imparare a riconoscere, comprendere e gestire le emozioni intense; *(iii)* la tolleranza della sofferenza, volta ad acquisire strumenti per affrontare il dolore psicologico senza ricorrere a comportamenti disfunzionali; *(iv)* efficacia interpersonale, volta migliorare la qualità delle relazioni e imparare a esprimere i propri bisogni, mantenendo il rispetto per gli altri;
- *coaching* telefonico: il paziente ha la possibilità di contattare il terapeuta tra una seduta e l'altra per ricevere supporto nell'applicare le abilità apprese durante le situazioni di crisi;
- *team* di consultazione per i terapeuti: gruppo di supervisione che offre supporto ai professionisti DBT, assicurando che si mantenga la fedeltà al modello.

Un secondo modello terapeutico che offre positivi risultati è il *Mentalization-Based Therapy* (MBT), un approccio psicoterapeutico sviluppato da Peter Fonagy e Anthony Bateman negli anni '90, fondato sulla teoria dell'attaccamento e diretto a sviluppare la capacità di mentalizzare, ossia comprendere e riflettere sui propri stati mentali e su

quelli altrui, soprattutto in situazioni emotivamente intense. Generalmente la MBT dura 12-18 mesi e si articola in tre tipi di interventi:

- una terapia individuale settimanale: aiuta il paziente a rafforzare la capacità riflessiva, soprattutto nei momenti di disregolazione emotiva;
- una terapia di gruppo: fornisce un contesto interpersonale in cui esercitare la mentalizzazione attraverso il confronto e il *feedback* reciproco;
- un approccio basato sull'attaccamento: il terapeuta funge da "base sicura", sostenendo il paziente nella gestione delle emozioni intense senza ricorrere all'impulsività.

La MBT è particolarmente utile durante le crisi emotive perché insegna a sospendere i giudizi automatici e a riflettere sulle motivazioni proprie e su quelle degli altri.

Un terzo efficace modello terapeutico è costituito dal *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP), una terapia psicodinamica specifica per il DBP sviluppata da Otto Kenberg e basata sulla teoria delle relazioni oggettuali, che utilizza il *transfert* come principale strumento terapeutico. L'obiettivo principale della TFP è integrare le rappresentazioni scisse di Sé e dell'altro, riducendo la frammentazione identitaria, tipica nel DBP. Inoltre tale terapia aiuta a ristrutturare le relazioni interpersonali, analizzando le distorsioni che emergono con il terapeuta e trasferire le nuove competenze positive che acquisisce al mondo esterno.

Le sedute si basano sull'analisi del *transfert* nel momento presente durante la seduta. L'interpretazione del *transfert* aiuta il paziente a riconoscere le proiezioni e a differenziarle dalla realtà. Inoltre, attraverso l'alleanza terapeutica il paziente sperimenta un rapporto stabile e prevedibile che interiorizza così facilitando la ristrutturazione delle sue rappresentazioni interne. Questa terapia permette al paziente di sviluppare un senso di sé integrato, riducendo la scissione e aumentando la coerenza identitaria.

Un ultimo valido modello terapeutico è infine il c.d. *Schema Therapy* (ST), un approccio integrativo sviluppato da Jeffrey Young, che combina elementi di terapia cognitivo comportamentale, teoria dell'attaccamento, *gestalt* e modelli psicodinamici. L'obiettivo principale di tale terapia è quello di identificare e modificare gli schemi maladattivi precoci da cui derivano le difficoltà croniche nelle relazioni e nella regolazione emotiva (es: abbandono, sfiducia), nonchè di lavorare

sulle diverse parti di Sé che emergono in terapia per sviluppare l'adulto sano, ossia la parte di sé capace di prendersi cura delle proprie parti vulnerabili, regolando le proprie emozioni e riducendo i comportamenti disfunzionali. Il trattamento parte da una fase di psicoeducazione, in cui si spiegano gli schemi presenti per aiutare il paziente a riconoscerli (es: "bambino vulnerabile" "genitore punitivo"). Segue una fase intermedia, in cui vengono messe in atto tecniche di cambiamento sia a livello cognitivo che esperienziale (esercizi di immaginazione guidata per "riscrivere" le esperienze dolorose), che comportamentali, per allenare nuove modalità di condotta più funzionali. L'ultima fase è diretta a consolidare tali schemi per renderli stabili nel tempo.

CAPITOLO 3

GLI INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI NEL DISTURBO BORDELINE DI PERSONALITÀ: STUDI E TESTIMONIANZE

Gli Interventi Assistiti con gli Animali trovano sempre più frequente applicazione anche su persone affette dal Disturbo Borderline di Personalità.

Gli effetti di tali interventi sono oggetto di notevole interesse e costituiscono un importate ambito di studio e approfondimento da parte della comunità scientifica.

Di seguito riporto alcuni studi sul tema e la testimonianza diretta di una paziente borderline, che attestano l'efficacia di questi trattamenti e che incoraggiano a proseguire nella direzione intrapresa.

3.1 "Gli animali domestici offrono significato e scopo di vita": uno studio qualitativo sulla proprietà di animali domestici dal punto di vista di persone con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (di *Maya Hayden-Evans, Bem Melbourne, Julie Netto*)

Il citato studio ha l'obiettivo di illustrare le esperienze legate al possesso di animali domestici negli adulti con disturbo borderline di personalità (DBP), al fine di comprendere come la relazione con gli animali possa influenzare gli attaccamenti emotivi, le connessioni sociali e la partecipazione ad attività significative.

Sono state condotte interviste semi-strutturate con otto adulti con diagnosi di DBP.

I dati sono stati analizzati attraverso l'approccio dell'analisi fenomenologica interpretativa, che consente di esplorare il significato attribuito dai partecipanti alle proprie esperienze.

I partecipanti sono stati reclutati con campionamento intenzionale (*purposive sampling*), selezionando soggetti in grado di contribuire alla ricerca. Cinque di loro partecipavano ad un programma di terapia ambulatoriale, mentre tre sono stati individuati dai professionisti dei servizi comunitari.

Le interviste, svolte presso l'ospedale o il domicilio del paziente, sono durate dai diciotto ai settanta minuti. Nei colloqui a casa, i partecipanti hanno portato una fotografia del proprio animale domestico come stimolo narrativo. Inoltre, è stato utilizzato un diario riflessivo per annotare reazioni, supposizioni e credenze, rafforzando l'affidabilità dell'analisi.

I criteri di inclusione comprendevano: età compresa tra 18 e 65 anni, diagnosi di DBP, capacità di leggere e comprendere l'inglese, essere seguiti dal proprio coordinatore terapeutico da almeno sei mesi, disponibilità a partecipare all'intervista e possedere attualmente un animale domestico.

Tre ricercatori hanno partecipato all'analisi, utilizzando la triangolazione per ridurre i pregiudizi individuali e aumentare la credibilità dei risultati.

Due dei partecipanti sono stati coinvolti nella fase di "*member checking*" per confermare che i temi emersi rappresentassero accuratamente le loro esperienze.

Dall'analisi sono emersi cinque temi chiave qui di seguito illustrati.

A) Gli animali domestici forniscono significato e scopo

Tutti i partecipanti hanno riscontrato che la convivenza con un animale arricchisce la vita quotidiana, generando emozioni di gioia, conforto e affetto e che, in particolare, il valore della compagnia offerta dagli animali è, sotto tali profili, l'aspetto più significativo e rilevante.

In molti casi, la scelta di avere un animale è stata influenzata da esperienze positive di convivenza durante l'infanzia, che hanno favorito il desiderio di possederne uno anche in età adulta.

Altro fattore fondamentale in tale scelta è il beneficio che la necessità di prendersi cura dell'animale produce, contribuendo a creare *routine* e stabilità, condizioni particolarmente utili nei momenti di crisi o peggioramento della salute mentale.

Una partecipante all'intervista ha riferito che la *routine* legata alla cura dei propri gatti l'aiutava a mantenere un senso di equilibrio e, in alcuni casi, a prendersi cura anche di sé stessa. Le attività, quali nutrire e accudire l'animale, rappresentavano per molti intervistati un valido motivo per alzarsi dal letto e affrontare la giornata.

Diversi partecipanti hanno, inoltre, sottolineato che la presenza dell'animale funge da ancoraggio alla realtà, offrendo un senso di significato e contrastando sentimenti di vuoto o abbandono. Alcuni hanno dichiarato che occuparsi del proprio animale li ha aiutati a sentirsi utili e necessari, rafforzando il senso di scopo nella loro vita quotidiana.

B) Gli animali domestici favoriscono attaccamenti emotivi positivi

Tutti i partecipanti hanno dichiarato di avere un legame affettivo profondo con il proprio animale domestico, caratterizzato da sentimenti di sicurezza, conforto emotivo e presenza costante, riconducibili a una forma di attaccamento sicuro. È

stato spesso utilizzato il concetto di amore incondizionato per descrivere questa relazione, percepita come priva di giudizio e costante nel tempo.

Molti intervistati hanno definito il loro animale come "migliore amico" o "membro della famiglia", attribuendogli un ruolo relazionale fondamentale.

Alcuni partecipanti hanno dichiarato come il proprio animale sembra riconoscere i propri stati d'animo, offrendo sostegno nei momenti di tristezza e aiutandoli a ridurre tensione e solitudine.

Altri hanno dichiarato di essersi sentiti accettati senza condizioni per la propria natura, anche in misura maggiore rispetto agli esseri umani.

Nonostante la prevalenza di esperienze positive nel legame con l'animale, alcuni partecipanti hanno espresso una forte preoccupazione rispetto alla possibilità di perdere il proprio animale per una malattia o incidente, mostrando una forte paura di essere abbandonato. Anche la separazione temporanea dal proprio animale, come nel caso di un ricovero ospedaliero, ha generato negli intervistati sentimenti di ansia e insicurezza rispetto alla continuità del legame affettivo.

C) *Gli animali domestici facilitano la creazione di relazioni sociali*

Sette partecipanti hanno riferito che la presenza dell'animale ha favorito la socializzazione, talvolta contribuendo alla nascita di nuove amicizie.

Una delle partecipanti ha riferito la necessità di portare il cane a fare la passeggiata, le ha permesso di entrare in contatto con persone che frequentavano gli stessi luoghi e condividono l'interesse per gli animali.

L'influenza positiva degli animali domestici è emersa anche con riferimento alle relazioni interpersonali già esistenti, considerato che quattro partecipanti alle interviste hanno affermato che la presenza dell'animale aveva migliorato il clima familiare e rafforzato i legami tra genitori e figli.

Altra partecipante ha spiegato che il modo con cui una persona interagiva con i suoi gatti, influenzava la sua volontà di instaurare un rapporto con la stessa, evidenziando come gli animali possano anche fungere da filtro sociale nelle relazioni.

D) *Gli animali domestici promuovono la partecipazione e il coinvolgimento in attività significative*

Tutti i partecipanti hanno sottolineato come il possesso di un animale domestico li abbia portati a impegnarsi quotidianamente in attività legate alla cura dello stesso. Queste attività,

pur semplici, hanno contribuito a creare una *routine* strutturante, favorendo il senso di responsabilità e l'*agency* personale.

Oltre agli aspetti pratici, la cura dell'animale ha incoraggiato la partecipazione dell'intervistato ad altre attività estranee alla cura diretta dell'animale, come la cura di sé, la scoperta di nuovi hobby e la partecipazione alla vita comunitaria e sociale.

Le principali difficoltà riscontrate hanno riguardato soprattutto i costi economici legati alla gestione dell'animale, ma i benefici percepiti sono stati ritenuti di gran lunga superiori.

E) *Gli animali domestici svolgono un ruolo terapeutico*

La presenza degli animali è stata percepita dai partecipanti come un importante fattore di benessere mentale e un supporto terapeutico.

Alcuni hanno paragonato il loro effetto a quello dei farmaci, sottolineando però come, a differenza di questi ultimi, la relazione con l'animale fornisca motivazione e significato alla vita quotidiana ed affermando che *"I farmaci spengono tutto, ma un animale ti dà motivo per alzarti e prenderti cura di lui"*.

Altro partecipante ha dichiarato che prendersi cura e stare con il proprio animale aveva ridotto il tempo trascorso in quello che definiva "spazio mentale negativo" e lo aveva aiutato a interrompere cicli ruminanti, riportando l'attenzione al momento presente.

Diversi partecipanti hanno riferito di essere meno propensi a mettere in atto comportamenti a rischio, atti autolesionistici e di sentirsi maggiormente protetti rispetto al rischio suicidario: *«Penso che mi sarei suicidata molto tempo fa se non avessi avuto un cane. Come dicevo prima, potevo convincermi che tutti gli altri sarebbero stati meglio senza di me, potevo convincermi che sarebbe stato un favore per tutti … ma non riuscivo a convincermi di questo riguardo a Honey».*

Molti intervistati hanno riferito che le interazioni quotidiane con l'animale fungevano da strumento di auto rilassamento o di centratura emotiva e che si avvalevano del legame con l'animale per mettere in pratica le abilità apprese nella *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT), in particolare, le tecniche di *mindfulness* e regolazione emotiva.

Quatto partecipanti, infine, hanno affermato esplicitamente che l'animale aveva un effetto calmante.

I risultati dello studio dimostrano che il rapporto con l'animale domestico non si limita a fornire supporto emotivo ma diventa parte integrante del *recovery* personale, permettendo di costruire una vita significativa anche in presenza di disturbi mentali (Slade, 2009).

Gli animali contribuiscono a dare senso e motivazione alla quotidianità, facilitando la partecipazione sociale e modificando la rappresentazione di sé da "persona malata" a individuo capace e attivo (Kerr, Crowe & Oades, 2013).

Lo studio in esame presenta alcune limitazioni rilevanti poiché l'utilizzo dell'analisi fenomenologica interpretativa, sebbene consenta un'esplorazione approfondita delle esperienze soggettive dei partecipanti, comporta alcune limitazioni metodologiche, in particolare, l'elevata flessibilità interpretativa insita in questo approccio può indurre a una significativa variabilità dei risultati e ridurre la possibilità di replicabilità.

Un ulteriore limite riguarda i possibili *bias* di ricercatori e partecipanti. Nonostante la triangolazione, l'interpretazione dei dati da parte dei ricercatori potrebbe essere stata influenzata da convinzioni preesistenti.

Tutti i partecipanti selezionati hanno, peraltro, riferito di avere avuto esperienze positive con animali e avevano avuto accesso ai servizi di salute mentale, partecipando a gruppi DBT dove venivano apprese strategie per la regolazione delle emozioni, tolleranza della sofferenza, riducendo la possibilità di generalizzare i risultati a individui con DBP che non hanno accesso a tali servizi.

Infine, il campione degli intervistati include solo adulti di età compresa tra i 18 e i 65 anni e non considera persone in contesti ospedalieri, dove la separazione dagli animali potrebbe aggravare le problematiche legate al disturbo.

3.2 Effetti del *training* di abilità assistito da animali sui livelli di ossitocina e cortisolo nei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (*di Plett, Flasbeck e Brüne*)

Negli ultimi anni, la ricerca ha rivolto una crescente attenzione agli interventi terapeutici capaci di produrre cambiamenti non solo a livello sintomatologico, ma anche fisiologico.

In questa prospettiva, lo studio in esame ha indagato l'impatto di due diverse modalità di *skills training* nei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (BPD): *l'Animal-*

Assisted Skills Training (AAST), basato sull'inclusione di animali nel contesto terapeutico, e *l'Human-Guided Skills Training* (HGST), condotto esclusivamente dal terapeuta.

L'obiettivo principale dello studio era quello di valutare se entrambe le modalità fossero in grado di ridurre i livelli salivari di cortisolo, aumentare i livelli di ossitocina, nonché di verificare se la componente relazionale legata alla presenza di animali potesse potenziare tali effetti rispetto al *training* guidato solo dal terapeuta.

Lo studio, è stato condotto presso la *LWL University Hospital Bochum* (Dipartimento di Psichiatria, Psicoterapia e Medicina Preventiva) e la *Ruhr University Bochum* (Germania) su 40 pazienti con DBP inseriti in un programma di trattamento basato sulla DBT della durata di sei settimane, suddivisi in due gruppi: 20 pazienti nel gruppo AAST e 20 pazienti nel gruppo HGST.

I gruppi sono risultati comparabili per gravità dei sintomi e condizioni cliniche. Nel gruppo AAST erano presenti più pazienti con comorbidità multiple e trattamenti farmacologici combinati, mentre nel gruppo HGST vi era una quota maggiore di pazienti senza comorbidità. Tuttavia, tali differenze non sono risultate statisticamente significative, consentendo di considerare i due gruppi clinicamente equivalenti.

La valutazione clinica è stata effettuata tramite quattro *self-report* con elevata affidabilità interna (α di *Cronbach*) basati su una scala *Likert* a 5 punti:

- la *Borderline Symptoms* List-23 (BSL-23) composta da 23 *item* per misurare la gravità dei sintomi DBP (α 0.935-0.969);
- la *Barratt Impulsiveness Scale* – 15 (BIS-15), che valuta l'impulsività attentiva, motoria e non pianificata (α = 0.81);
- la *Toronto Alexithymia Scale* – 20 (TAS-20), costituita da un questionario di 20 *item* che misura il livello di alessitimia e presenta tre sottoscale, quali la difficoltà nell'identificazione delle emozioni, la difficoltà nella descrizione delle emozioni e il pensiero orientato all'esterno (α = 0.78);
- la *Fear of Compassion Scale* (FOCS) che valuta la paura della compassione attraverso tre sottoscale quali la paura della compassione verso sé stessi (α 0.85–0.92), quella verso gli altri (α 0.78–0.84) e quella ricevuta dagli altri (α = 0.85-0.87).

Per la parte biologica, i livelli salivari di cortisolo e ossitocina sono stati rilevati mediante tamponi di cotone prima e dopo tre sessioni di *training*.

I campioni, conservati a –20 °C, sono stati analizzati presso laboratori specializzati in Germania.

Il *training* AAST è stato condotto presso lo zoo locale "*Tierpark und Fossilium*" di *Bochum*, dove i pazienti hanno interagito con animali come cani, maiali e pinguini sotto la guida di una terapeuta qualificata.

Il *training* HGST, invece, è stato condotto da un'altra terapeuta, utilizzando lo stesso manuale di *skills training* ma senza l'impiego di animali.

Le analisi sono state effettuate con il software SPSS (versione 17).

Per verificare la comparabilità iniziale dei gruppi, sono stati eseguiti:

- *Test di Mann-Whitney* applicato ai punteggi iniziali dei questionari per verificare che non vi fossero differenze significative tra AAST e HGST all'inizio dello studio;
- *Test del Chi-Quadrato (χ^2),* impiegato per confrontare le frequenze di comorbidità e di trattamenti farmacologici tra i gruppi.

Per valutare gli effetti degli interventi, sono state utilizzate diverse analisi di varianza:

- *ANOVA mista 2*×2, con i fattori *tempo* (*pre vs. post* intervento) e *gruppo* (AAST *vs*. HGST), per analizzare le variazioni nei punteggi dei questionari;
- ANOVA 2×2×2, con i fattori *tempo* (*pre vs. post* sessione*), ormone* (cortisolo *vs*. ossitocina) e *gruppo* (AAST *vs*. HGST), per esaminare i cambiamenti ormonali in risposta alle singole sessioni terapeutiche.

Una successiva ANOVA con il fattore *sessione* è stata eseguita per verificare la stabilità degli effetti biologici nel tempo.

In aggiunta, sono stati utilizzati il *Test t di Student* per confrontare direttamente due misurazioni specifiche come i livelli di cortisolo *pre* e *post* all'interno della stessa sessione e le *Correlazioni di Spearman*, che consentono di analizzare la relazione tra i cambiamenti ormonali (differenza *post- pre* di cortisolo e ossitocina) e i punteggi clinici, oltre alla relazione tra i due ormoni.

L'analisi preliminare ha confermato che i due gruppi di trattamento (AAST e HGST) erano clinicamente comparabili all'inizio dello studio.

Non sono state riscontrate differenze significative nei punteggi delle scale cliniche (BSL23, BIS15, TAS20, FOCS), né nella distribuzione delle comorbidità o nell'uso di farmaci.

Dopo sei settimane dall'intervento, entrambi i gruppi hanno mostrato:

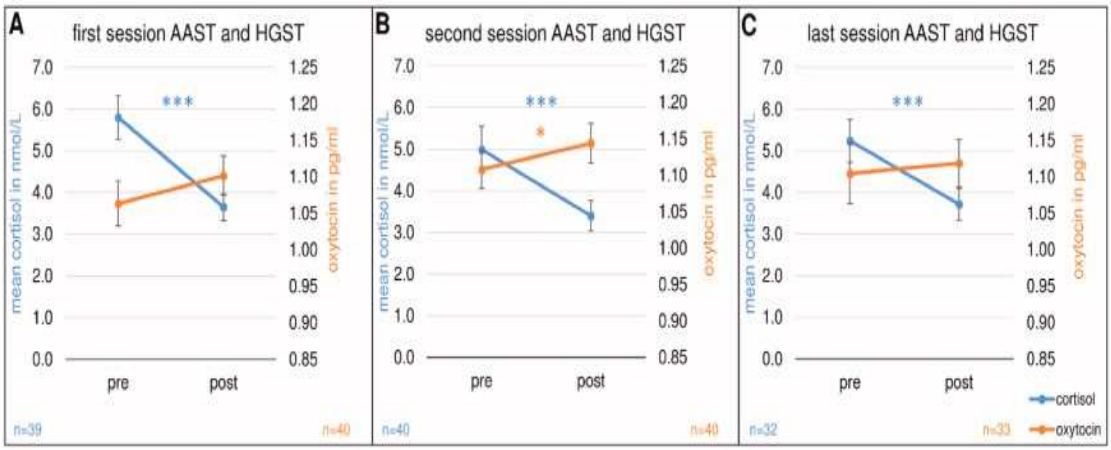
- una significativa riduzione dei sintomi borderline (BSL23; $p < .001$);
- una diminuzione dell'impulsività (BIS15; $p = .001$);
- una riduzione dell'alessitimia (TAS20; $p = .003$);
- una diminuzione della paura della compassione (FOCS; $p = .027$).

Non sono emerse differenze tra i due gruppi di *skills training*, dimostrando che sia il *training* assistito con animali (AAST), sia quello guidato dal terapeuta (HGST) hanno prodotto benefici clinici equivalenti.

Sul piano biologico, si è osservata una marcata riduzione dei livelli di cortisolo già dalla prima sessione ($p < .001$), mantenuta nel tempo indipendentemente dal tipo di trattamento.

I livelli di ossitocina, invece, hanno mostrato una tendenza positiva non significativa ($p = .113$), ma si è evidenziata una correlazione inversa significativa tra ossitocina e cortisolo in quanto i livelli più alti di ossitocina erano associati a livelli più bassi di cortisolo sia nella prima sessione ($\rho = –0.380$, $p = .032$) che nell'analisi cumulativa ($\rho = –0.435$, $p = .013$).

Le figure sottostanti riportano i livelli medi di cortisolo e ossitocina misurati prima e dopo ciascuna delle tre sessioni di *training*



- Nella prima sessione (fig. A) si osserva una significativa riduzione del cortisolo – ($p < .001$) e un lieve aumento non significativo dell'ossitocina.
- Nella seconda sessione (fig. B) si osserva una riduzione significativa del cortisolo ($p < .001$) e un incremento significativo dell'ossitocina ($p < .05$).

- Nell'ultima sessione (fig. C) si evidenzia un ulteriore riduzione del cortisolo ($p < .001$) e solo una lieve tendenza positiva dell'ossitocina non significativa.

In conclusione, si può sostenere che l'interazione del cortisolo e l'aumento dell'ossitocina è stata osservata in tutte le sessioni, ma solo la diminuzione del cortisolo è risultata statisticamente significativa.

Risulta, quindi, dimostrato che entrambi i programmi di *skilss training* possono ridurre efficacemente lo *stress* fisiologico nei pazienti DBP.

Tuttavia non sono state trovate correlazioni dirette tra miglioramenti clinici e variazioni ormonali, per cui che i benefici sintomatologici e le modificazioni biologiche potrebbero rappresentare due effetti distinti del *training*.

Lo studio in esame presenta alcune limitazioni come:

- la ridotta dimensione del campione, che limita la generalizzabilità dei risultati;
- la mancata considerazione di variabili come il ciclo mestruale e l'uso dei contraccettivi orali nelle partecipanti femminili, che possono influenzare il livello di ossitocina (Salonia et al.2005);

- la differenza nell'orario delle sessioni tra i due gruppi (alle 13.00 per HGST , alle 15:00 per AAST), che potrebbe aver influenzato i livelli basali di cortisolo.

3.3 Ruolo degli animali domestici e della terapia assistita con animali nella prevenzione del suicidio *(di Shoib, S., Hussaini, S. S., Chandradasa, M., Saeed, F., Khan, T., Swed, S., & Lengvenyte, A.)*

In questo studio si analizza come gli interventi assistiti con animali possano contribuire alla prevenzione del comportamento suicidario, con un *focus* specifico sui soggetti affetti da disturbo borderline di personalità (DBP).

Il suicidio rappresenta una delle principali emergenze di salute pubblica a livello globale con circa 700.000 decessi ogni anno secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il DBP è tra le condizioni psicopatologiche maggiormente associate ad un elevato rischio suicidario.

I tentativi di suicidio, definiti come comportamenti autolesivi intenzionali, che non portano a esito fatale, sono stimati fino a venti volte più frequenti rispetto ai suicidi

completati e colpiscono trasversalmente tutte le fasce di età con una prevalenza maggiore nei giovani e nei soggetti di sesso maschile.

I fattori di rischio associati al comportamento suicidario includono condizioni di vulnerabilità personale, esperienze traumatiche precoci, disturbi psichiatrici, isolamento sociale e difficoltà relazionali.

Secondo il modello diatesi-stress, il suicidio è il risultato dell'interazione tra una predisposizione individuale, legata a fattori genetici e ambientali, e fattori di rischio immediati, come eventi di vita stressanti o la presenza di patologie mentali.

Nei momenti di intenso stress emotivo, le persone vulnerabili possono sperimentare un dolore psicologico profondo che, nei casi più gravi, può condurle a considerare il suicidio come una strategia di fuga.

Non tutte le persone che presentano ideazione suicidaria giungono però al tentativo di suicidio; ciò nonostante ogni manifestazione di ideazione deve essere presa seriamente in considerazione, poiché gli attuali modelli predittivi non sono in grado di identificare con precisione quali soggetti passeranno all'atto, considerato anche che i tentativi di suicidio sono spesso caratterizzati da impulsività e da un processo decisionale compromesso.

Le linee guida cliniche più recenti sottolineano come non esista un approccio standardizzato universalmente efficace per la valutazione e la prevenzione del suicidio. Gli interventi raccomandati includono la gestione immediata della crisi (farmaci e ricovero ospedaliero), la definizione di un piano di sicurezza personalizzato, l'eliminazione di mezzi che possano facilitare l'autolesionismo, il trattamento delle patologie psichiatriche di base, il ricorso alla psicoterapia e la garanzia di continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali di salute mentale.

Accanto a queste strategie tradizionali, gli interventi assistiti con animali, rappresentano un modello terapeutico innovativo che prevede la presenza di animali all'interno del percorso di cura, con l'obiettivo di potenziare le risorse relazionali e del senso di scopo individuale.

Gli interventi assistiti con gli animali (IAA) si svolgono attraverso una serie di sessioni strutturate, durante le quali il paziente interagisce con un animale appositamente addestrato, sotto la guida di un conduttore qualificato.

Oltre all'animale, un ruolo fondamentale è svolto dal conduttore, la cui relazione con l'animale può fungere da modello di legame sano per il paziente. Il professionista osserva le interazioni tra paziente e animale, utilizzando queste informazioni per individuare e correggere schemi comportamentali disfunzionali, potenziando così l'efficacia terapeutica.

La terapia assistita con animali presenta diversi vantaggi, come l'aumento dell'attività fisica, una maggiore aderenza ai trattamenti, la riduzione dei comportamenti aggressivi e un effetto rilassante che favorisce il benessere emotivo.

L'interazione con gli animali è stata associata anche a miglioramenti della pressione arteriosa e alla riduzione degli ormoni dello stress, come cortisolo, adrenalina e aldosterone.

Rispetto al suicidio numerose evidenze scientifiche hanno mostrato che gli IAA possono ridurre il dolore psicologico e i sintomi del DBP, quali PTSD, ansia e depressione. Per alcuni individui, possedere un animale rappresenta una fonte di forza e di autostima.

Per quanto riguarda il disturbo borderline di personalità (DBP), che è strettamente associato a un alto rischio di comportamenti suicidari, è stato riscontrato come la presenza di un animale domestico possa avere un effetto protettivo, favorendo un senso di scopo nella vita, incentivando le connessioni sociali e promuovendo il coinvolgimento in attività significative.

Un esempio concreto di interventi assistiti con animali nei pazienti con rischio di suicidio è il programma Overcome-AAI, che costituisce un modello innovativo di prevenzione.

È organizzato in sei sessioni settimanali della durata di novanta minuti ciascuna e si focalizza sullo sviluppo di abilità di regolazione emotiva, fornendo al contempo informazioni sui fattori di rischio e sui segnali di allarme del suicidio.

Durante le sedute, i partecipanti imparano a gestire l'ostilità rivolta verso sé stessi, a creare un piano di sicurezza e a utilizzare risorse di supporto nelle situazioni di crisi.

In questo contesto, l'animale, solitamente un cane, svolge un ruolo terapeutico fondamentale, facilitando la socializzazione tra i partecipanti e i terapeuti e viene impiegato per insegnare strategie di distrazione emotiva.

Quando il paziente sperimenta pensieri negativi, che possono generare ideazioni suicidarie, l'interazione guidata con l'animale viene utilizzata per interrompere il ciclo dei pensieri disfunzionali e ridurre l'intensità del disagio emotivo.

Nonostante i numerosi benefici, la terapia assistita da animali non è priva di limiti. Alcune persone possono essere allergiche agli animali comunemente utilizzati (cani, gatti e cavalli). Inoltre, il forte legame che si sviluppa con l'animale potrebbe comportare sofferenza emotiva in caso di separazione o morte dell'animale, esperienza spesso paragonata alla perdita di una persona cara.

Occorre considerare infine i potenziali effetti collaterali derivanti da interazioni spiacevoli con l'animale durante le sedute terapeutiche, come morsi o atteggiamenti di rifiuto.

Da ultimo resta da chiarire se i risultati ottenuti con determinate specie o razze siano generalizzabili ad altre e quali criteri debbano essere adottati per selezionare l'animale più appropriato per ciascun paziente.

3.4 I cani di assistenza psichiatrica in Italia e la testimonianza di Sophie Bertocchi e Rose

I cani di assistenza psichiatrica sono animali addestrati appositamente per supportare persone affette da disturbi mentali come disturbo post-traumatico da stress (PTSD), ansia, depressione maggiore, disturbo borderline di personalità, disturbo bipolare, schizofrenia e altre patologie psichiatriche.

A differenza dei cani da compagnia, che offrono principalmente conforto emotivo, i cani di assistenza psichiatrica sono addestrati a svolgere compiti specifici volti a ridurre i sintomi della patologia del conduttore, migliorandone autonomia e qualità di vita.

In Italia, questa figura non è ancora pienamente riconosciuta a livello legislativo. A differenza dei cani guida per persone non vedenti, i cani di assistenza psichiatrica non hanno diritto a un accesso universale a tutti i luoghi pubblici, creando difficoltà pratiche per i conduttori. Inoltre, manca una certificazione ufficiale a livello statale che ne regolamenti il riconoscimento.

Attualmente, l'unico membro italiano di *Assistance Dogs International* (ADI), l'organizzazione internazionale che stabilisce gli standard per i cani di assistenza, è l'associazione Dog4Life ETS.

L'*iter* per ottenere un cane di assistenza psichiatrica è complesso e poco conosciuto. Dog4Life segue standard internazionali di addestramento e prevede le seguenti fasi:

a) invio della richiesta all'associazione;

b) colloqui preliminari con l'istruttore, la famiglia del richiedente e l'*equipe* di specialisti per elaborare un piano condiviso con gli psichiatri che seguono il richiedente. Possono accedere al programma solo persone con una diagnosi psichiatrica certificata;

c) esito della raccolta fondi poiché il percorso ha costi elevati (a partire da circa 12.000 euro), ma l'associazione aiuta i richiedenti a raccogliere il necessario;

d) scelta del cane e avvio dell'addestramento, che dura dai 18 ai 24 mesi e viene svolto insieme al futuro conduttore, favorendo così il legame e l'autostima della persona. (Kodami,fanpage)

Al termine del percorso, il binomio (ossia la coppia formata da conduttore e il suo cane) deve superare un esame ufficiale da ripetere ogni 24 mesi per mantenere la certificazione, periodo nel quale, l'associazione effettua controlli e *follow-up* costanti.

Se il richiedente possiede già un cane, è possibile avviare un percorso di certificazione, purché l'animale abbia le caratteristiche idonee e una base di addestramento adeguata.

Non tutti i richiedenti vengono accettati in quanto i selezionatori valutano sia le necessità della persona sia la sua capacità di garantire il benessere dell'animale.

In alcuni casi viene rilasciata una certificazione privata, utile per viaggi, accesso in università o altri luoghi pubblici, anche se in Italia non equivale al riconoscimento dei cani guida per non vedenti.

Oltre a Dog4Life, esistono altre associazioni che addestrano cani di assistenza psichiatrica come il Collare d'Oro (Lombardia), il Centro Cinofilo delle Cause (Torino, Piemonte), il Mio Labrador ASD (Marche).

Le predette associazioni non sono affiliate ad ADI per cui soffrono di alcune limitazioni e segnatamente:

1) non hanno nessun obbligo di rispettare gli standard internazionali di addestramento;
2) i cani addestrati non ottengono una certificazione riconosciuta a livello internazionale, rendendo più difficile il pieno esercizio dei diritti di accesso ai luoghi pubblici.
3) il monitoraggio e il supporto post-addestramento non sono sempre strutturati come nelle realtà ADI.

***

Una testimonianza significativa, che desidero riportare nella parte conclusiva di questo lavoro, è quella di Sophie Bertocchi, una ragazza d 28 anni, studentessa di ingegneria, affetta dal Disturbo Borderline di Personalità, che è stata la prima persona in Italia a ricevere un cane di assistenza psichiatrica certificato ADI (*Assiatance Dog International*)

Nella sua pagina Instagram "*Help me Rose*", Sophie racconta la sua vita e il suo percorso di guarigione grazie al supporto del suo cane, Rose, una femmina di pastore delle Shetland. La missione di Sophie e Rose è sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema dei cani di assistenza psichiatrica e di contribuire alla riduzione dello stigma legato alla salute mentale.

Sophie descrive come Rose, oltre a offrirle amore incondizionato e privo di giudizio, le infonda un forte senso di responsabilità che la spinge a prendersi cura di lei e, di conseguenza, anche di sè stessa. Rose è stata addestrata per assisterla in momenti di crisi legati alla sua malattia.

Il binomio conduttore-cane intraprende insieme un percorso educativo di base e successivamente, uno specifico addestramento mirato ai compiti di assistenza necessari al conduttore.

Nel caso di Sophie e Rose, il programma è stato strutturato in modo personalizzato, tenendo conto delle esigenze legate alla sua patologia.

Le principali tecniche di intervento messe in atto da Rose sono le seguenti:

Wake-up task (risveglio): Sophie racconta che spesso, al mattino, viene sopraffatta da una crisi depressiva che la porta a rimandare la sveglia e a rimanere a letto per ore. Rose, però, è addestrata ad abbaiare per svegliarla e costringerla ad alzarsi. Questo la

porta a prendersi cura del cane e, di conseguenza, di sé stessa. Sophie afferma: "*Prima di lei non avevo un motivo per svegliarmi la mattina. Piangevo, dormivo giornate intere, e poi è arrivata Rose. Lei mi ha costretto ad avere una responsabilità, a prendermi cura di qualcun altro. Non riuscivo ad avere cura di me stessa, ma di Rose sì"* (Kodami-fanpage).

Deep Pressure Therapy: questa tecnica consiste in una pressione fisica costante esercitata dal cane sul corpo del conduttore, appoggiandosi su di lui, salendo parzialmente sulle sue gambe o sdraiandosi sul torace. Questa pressione stimola il sistema nervoso parasimpatico, favorendo rilassamento, calma e riduzione dello stress. Sophie spiega come Rose utilizzi questa tecnica durante episodi di ansia intensa, attacchi di panico o crisi emotive.

Linking (leccamento): Sophie racconta che Rose è in grado di leccarla in modo mirato per riportarla al presente durante episodi di dissociazione o forte ansia.

Grounding: questa tecnica comprende una serie di azioni come il contatto fisico (appoggiare muso o zampe) o il contatto visivo costante. Questi stimoli sensoriali aiutano la persona a riconnettersi con il "qui e ora", interrompendo il ciclo dell'ansia.

Intervento durante episodi di autolesionismo: Rose è addestrata anche per interrompere comportamenti autolesivi. Sophie racconta che quando la cagnolina percepisce l'insorgere di tali episodi, le poggia le zampe sulle braccia, la guarda intensamente e, in alcuni casi, sale su di lei applicando *deep pressure*. Rose può distrarla toccandola con il muso, portando un oggetto o abbaiando leggermente. In situazioni di pericolo grave, Rose è addestrata anche ad abbaiare per attirare l'attenzione di altre persone e chiedere aiuto.

Item Retrieval (recupero oggetti): Sophie racconta che spesso, durante momenti di crisi, non riesce a trovare le medicine o altri oggetti utili. Rose, seguendo un comando verbale, è addestrata a cercare e portare tali oggetti, come farmaci, telefono o kit di emergenza, aumentando così la sicurezza della conduttrice durante situazioni critiche.

Supporto nell'ansia sociale: Sophie soffre anche di ansia sociale. Rose la aiuta a uscire regolarmente di casa per le passeggiate, riducendo il rischio di isolamento. Grazie a Rose, Sophie riesce a frequentare luoghi pubblici, come università o supermercati, sentendosi più sicura. Inoltre, Rose è addestrata a posizionarsi dietro la sua conduttrice

per creare uno spazio personale e proteggerla in ambienti affollati. Sophie racconta che Rose ha “mitigato la sua ansia sociale”, permettendole di vivere una vita più simile a quella delle sue coetanee.

La storia di *Sophie* e *Rose* è la dimostrazione concreta di come gli IAA e, in particolare, quelli eseguiti con un cane di assistenza psichiatrica, possano offrire molto più di un semplice supporto emotivo, potendo restituire speranza e una nuova possibilità di vita a chi ogni giorno combatte con la propria mente.

I cani di assistenza psichiatrica, grazie al giusto addestramento e alla capacità di eseguire compiti specifici legati alla patologia della persona, possono integrarsi con la terapia DBT e migliorare qualitativamente la vita del paziente.

CONCLUSIONI

L'obiettivo del presente elaborato è stato quello di approfondire, attraverso studi scientifici e testimonianze dirette, gli effetti positivi degli interventi assistiti con animali (IAA) nel trattamento disturbo borderline di personalità (DBP).

Dall'analisi della letteratura emerge un quadro molto incoraggiante seppur ancora preliminare e bisognoso di ulteriori conferme empiriche. E' possibile constatare che l'interazione con gli animali genera benefici non solo sul piano psicologico, ma anche biologico, contribuendo alla riduzione del cortisolo e all'aumento dell'ossitocina, ormoni fondamentali per il benessere psicofisico.

Inoltre, si è osservata una riduzione della sintomatologia borderline in diversi ambiti, quali: la disregolazione emotiva, l'instabilità e la messa in atto di comportamenti autolesionistici.

È emerso come il rapporto con gli animali abbia un ruolo significativo nella ristrutturazione delle rappresentazioni interne precoci, contribuendo a migliorare la percezione di sé come persone degne e meritevoli d'amore. Effetti positivi sono stati riscontrati anche nelle relazioni interpersonali, nella socializzazione e nella creazione di nuovi legami.

Tuttavia le ricerche disponibili hanno come limite la scarsa numerosità dei campioni presi in analisi, che rende complessa la generalizzazione dei risultati. E' quindi necessario proseguire e ampliare gli studi in questo ambito per confermare le evidenze già emerse.

Il dato che ritengo più sorprendente riguardala capacità degli animali di restituire un senso e uno scopo alla vita delle persone. Emblematica, in tal senso, è la testimonianza di Sophie Bertocchi, che grazie al suo cane di assistenza psichiatrica, Rose, ha trovato un motivo valido per riprendere in mano la propria vita.

Purtroppo in Italia il tema dei cani di assistenza psichiatrica è ancora poco conosciuto, infatti esiste una sola organizzazione italiana affiliata a livello internazionale, ossia Dog4Life. Eppure questi interventi, integrati con le terapie attuali, possono rappresentare una svolta concreta, offrendo alle persone che lottano ogni giorno con una malattia invisibile una nuova possibilità di rinascita.

BIBLIOGRAFIA

-Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & LyonsRuth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry, 12*(2), 94 – 104.
https://doi.org/10.1080/10673220490447218

-Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44* (4), 709 –716.
https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709

-Altschiller, D. (2011). *Animal-assisted therapy*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO.

-American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

-Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., & Sauer, S. E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review,32* (5), 359–369.
https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.03.002

-Ballarini, G. (2005). *Animali amici della salute: Curarsi con la pet therapy*. Milano: Xenia.

-Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61* (2), 226–244.
https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226

-Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalizationbased treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166* (12), 1355–1364.
https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539

-Beetz, A., UvnäsMoberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human–animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology, 3*, 234.
https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234

-Chapman, A. L., DixonGordon, K. L., & Walters, K. N. (2017). Emotional reactivity to negative stimuli and response inhibition in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8*(2), 172–182.
https://doi.org/10.1037/per0000173

-Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate selfharm: *The experiential avoidance model. Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 371–394.
https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005

-Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 922–928.
https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922

-DeCou, C. R., & Comtois, K. A. (2019). Dialectical behavior therapy for reducing suicidal and selfdirected violence: Metaanalysis of controlled trials. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(3), 221–229.
https://doi.org/10.1037/per0000312

-Dixon-Gordon, K. L., Gratz, K. L., Breetz, A., & Tull, M. T. (2013). A laboratory-based examination of responses to social rejection in borderline personality disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Personality Disorders, 27*(2), 157–171.
https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.157

-Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen, S. (2017). Emotional Processes in Borderline Personality Disorder: An Update for Clinical Practice. *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(4), 425–438.
https://doi.org/10.1037/int0000044

-Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schemafocused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(3), 317–328.
https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002

-Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalizationbased treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 411–430.
https://doi.org/10.1002/jclp.20241

-Friedmann, E., Katcher, A. H., Lynch, J. J., & Thomas, S. A. (1980). Animal companions and oneyear survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports, 95*(4), 307–312.
https://doi.org/10.2307/4594221

-Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry, 153*(6), 752–758.
https://doi.org/10.1176/ajp.153.6.752

-Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry, 132*(1), 1–10. https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1

-Haselhurst, T., Reis, S., & Grenyer, B. F. S. (2021). Personal agency in borderline personality disorder: The impact of adult attachment style. *Frontiers in Psychology, 12,* 66951. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669512

-HaydenEvans, M., Milbourn, B., & Netto, J. (2018). "Pets provide meaning and purpose": A qualitative study of pet ownership from the perspectives of people diagnosed with borderline personality disorder. *Advances in Mental Health, 16*(2), 152–162. https://doi.org/10.1080/18387357.2018.1485508

-Iervolino, M. N. (2024, 25 marzo). La vita con un cane di assistenza psichiatrica: "Prima di lei non avevo un motivo per svegliarmi la mattina". *Kodami*. https://www.kodami.it/la-vita-con-un-cane-di-assistenza-psichiatrica-prima-di-lei-non-avevo-un-motivo-per-svegliarmi-la-mattina/

-Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a communitybased longitudinal study. *Journal of Personality Disorders, 14*(4), 291–302. https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.291

-Julius, H., Beetz, A., Kotrschall, K., Turner, D., & UvnäsMoberg, K. (2014). L'attaccamento agli animali: *Una visione integrata della relazione uomo-animale nella pet therapy*. Firenze: Hogrefe.

-Kaminski, J., Call, J., & Fischer, J. (2004). Word learning in a domestic dog: Evidence for "fast mapping". *Science, 304*(5677), 1682–1683. https://doi.org/10.1126/science.1097859

-Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*(3), 641–685. https://doi.org/10.1177/000306516701500309

-Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A metaanalysis using mixedeffects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 936–951. https://doi.org/10.1037/a0021015

-Lakatos, G., Soproni, K., Dóka, A., & Miklósi, Á. (2009). A comparative approach to dogs' (Canis familiaris) and human infants' comprehension of various forms of pointing gestures. *Animal Cognition, 12*(4), 621–631.

https://doi.org/10.1007/s10071-009-0221-4

-Levinson, B. M. (1962). The dog as a “cotherapist”. *Mental Hygiene, 46*, 59–65.

-LyonsRuth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: *Theory, research, and clinical applications* (pp. 520–554). New York, NY: Guilford Press.

-Maffei, C. (1993). *Il disturbo borderline di personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.

-Ministero della Salute. (2015). *Linee guida nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali* (IAA), Accordo StatoRegioni n. 60 del 25 marzo 2015. Roma: Ministero della Salute.

-Morris, P. H., Doe, C. & Godsell, E. (2008). Secondary emotions in non-primates? Behavioural reports and subjective claims by animal owners. *Cognition and Emotion, 22*(1), 3–20.https://doi.org/10.1080/02699930701273716

-Pargoletti, L., & Reginella, R. (2009). *Educazione e riabilitazione con la pet therapy*. Trento: Centro Studi Erickson.

-Petersson, M., Lundeberg, T., & Uvnäs-Moberg, K. (1999). Short-term increase and long-term decrease in blood pressure in response to oxytocin: Potentiating effect of female steroid hormones. *Journal of Cardiovascular Pharmacology, 33*(1), 102–108. https://doi.org/10.1097/00005344-199901000-00015

-Plett, O., Flasbeck, V. & Brüne, M. (2023). Effects of human and animalassisted skills training on oxytocin and cortisol levels in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research, 162,* 156–160.
https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.004

-Prato Previde, E., Basso Ricci, E., & Colombo, E. S. (2022). The complexity of the human–animal bond: Empathy, attachment and anthropomorphism in human–animal relationships and animal hoarding. *Animals, 12(*20), 2835.
https://doi.org/10.3390/ani12202835

-Scarsella, F., Vitali, L., & Brescianini, C. (2015). *Manuale sugli interventi assistiti con gli animali*. Milano: Franco Angeli.

-Schmahl, C., Herpertz, S. C., Bertsch, K., & Ende, G. (2014). Neural mechanisms of emotion in borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68*(8), 505–517.
https://doi.org/10.1111/pcn.12186

-Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology, 13*(3), 219–229.
https://doi.org/10.1037/a0015687

-Serpell, J. A. (1995). The domestic dog: *Its evolution, behavior, and interactions with people*. Cambridge: Cambridge University Press.

-Serpell, J. A. (2015). Animal-assisted interventions in historical perspective. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on animal-assisted therapy* (4th ed., pp. 17–32). London: Academic Press/Elsevier.
https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801292-5.00002-6

-Shoib, S., Hussaini, S. S., Chandradasa, M., Saeed, F., Khan, T., Swed, S., & Lengvenytė, A. (2022). Role of pets and animal assisted therapy in suicide prevention. -*Annals of Medicine and Surgery, 80*,104153.
https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104153

-Stella, R., & Sabatini, A. (2011). *Manuale di psicologia dinamica*. Milano: Franco Angeli.

-Uvnäs-Moberg, K., & Petersson, M. (2005). Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 51*(1), 57–80.
https://doi.org/10.13109/zptm.2005.51.1.57

-Williams, K. D., Cheung, C. K. T., & Choi, W. (2000). Cyberostracism: Effects of being ignored over the Internet. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(5), 748–762.
https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.748

-Wilson, C. C., & Turner, D. C. (Eds.). (1998). *Companion animals in human health*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.