

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della socializzazione.

Corso di Laurea in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e
delle relazioni interpersonali

Tesi di laurea triennale

L'impiego dell'animal assisted therapy nel trattamento del PTSD da violenza sessuale

Using animal assisted therapy in the treatment of PTSD due to sexual
assault

Relatore: Prof.ssa Sabrina Bonichini

Laureanda: Margherita Bove

Matricola: 1235354

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

*A Daisy, che con pazienza mi ha insegnato a respirare.
Ci ritroveremo sempre, come Argo e Ulisse.*

Alle vittime, qualsiasi parola non sarà mai abbastanza, ma vi vedo e vi sento.

INDICE.

Abstract.....	3
---------------	---

CAPITOLO 1

L'Animal assisted therapy: come la predisposizione umana a sviluppare legami forti con gli animali può incrementare il benessere.

1.1 Il legame con il proprio animale domestico.....	5
1.2 L'animal assisted therapy: cenni storici.....	7
1.3 Gli interventi assistiti con gli animali (IAA), oggi.....	9

CAPITOLO 2

Il disturbo post-traumatico da stress nelle vittime di violenza sessuale.

2.1 La violenza sessuale in Italia e nel mondo.....	12
2.2 Il PTSD e la violenza sessuale.....	13
2.3 I disturbi in comorbidità con il PTSD.....	16

CAPITOLO 3

L'utilizzo dell'AAT con le vittime di violenza sessuale, una nuova prospettiva per facilitare l'elaborazione del trauma.

3.1 L'animal assisted therapy applicata al disturbo post-traumatico da stress.....	18
3.2 Un intervento terapeutico	20
3.3 Alcune ricerche sull'efficacia dell'AAT.....	25

Conclusioni.....	28
------------------	----

Bibliografia.....	30
-------------------	----

Ringraziamenti.....	
---------------------	--

Abstract.

L'obiettivo che questo elaborato finale si prefigge è quello di indagare se è possibile un impiego proficuo degli interventi assistiti con gli animali all'interno di contesti terapeutici. Nello specifico si vuole porre l'attenzione nei confronti di pazienti che hanno subito violenza sessuale e che manifestano sintomatologia intrusiva da disturbo post-traumatico da stress.

L'attenzione viene posta sul beneficio che le vittime possono avere nell'impiego di animali durante la terapia, e di come la sintomatologia possa diminuire. Nello specifico si portano evidenze che vogliono dimostrare come per le vittime di violenza sessuale avere un animale come mediatore, renda più facile parlare del trauma durante le sedute.

L'impiego dell'Animal assisted therapy nel trattamento del PTSD da violenza sessuale

CAPITOLO 1

L'Animal assisted therapy: come la predisposizione umana a sviluppare legami forti con gli animali può incrementare il benessere

1.1 Il legame con il proprio animale domestico

Durante la sua evoluzione, l'uomo ha creato un innegabile rapporto simbiotico con alcune specie animali. La prima specie che è stata effettivamente addomesticata è stato il *Canis lupus*, lontano antenato di quello che oggi molte persone considerano un compagno di vita: il cane.

Ciò che ha portato a questa profonda connessione è chiamata *evoluzione emozionale* e ha innescato nel cane lo sviluppo di una specifica tipologia di interazione con l'essere umano, rendendola simile a quella che può essere sostenuta con la specie di appartenenza (Cirulli. F., et al., 2011). Il rapporto tra essere umano e cane è diventato talmente profondo che diversi studiosi hanno ritenuto possibile che i medesimi legami di attaccamento che un soggetto ha nelle sue relazioni primarie si possano riscontrare anche nel rapporto con il proprio animale domestico.

Uno degli assunti fondamentali della *Teoria dell'attaccamento* (Bowlby, 1973, 1980, 1982) sono i Modelli Operativi Interni: degli schemi relazionali che vengono acquisiti attraverso le relazioni primarie significative e che modellano le aspettative di ognuno nei confronti dei successivi rapporti che vengono costruiti durante la vita. Questi modelli influenzano la regolazione emotiva, le strategie di coping e il comportamento di ciascuno di noi (Sigal Zilcha-Mano., et al., 2011).

È stato dimostrato che gli stili di attaccamento possono essere proiettati anche nelle relazioni con gli animali (oltre che con alcuni oggetti, luoghi o concetti).

Gli studi che si sono posti come obiettivo quello di indagare il rapporto umano-animale domestico hanno visto come questo legame incontri pienamente i quattro requisiti che sono alla base del costrutto di attaccamento: ricerca di vicinanza, base sicura (secure base), ansia da separazione, rifugio (safe haven).

I padroni di animali domestici sostengono che dedicare del tempo al proprio compagno li porti a percepire un maggiore sollievo nei momenti di stress, e nell'interazione con loro si sentono al sicuro e liberi da ogni giudizio. I benefici che provengono dalla relazione uomo-animale (Human-animal interaction, HAI) sono numerosi e coinvolgono diversi ambiti della vita di un individuo. Ci sono evidenze che da un punto di vista fisiologico il rapporto con il proprio animale domestico porti, in pazienti affetti da disturbi cardiovascolari e non, ad un decremento della pressione sanguigna e ad un miglioramento della pressione cardio-polmonare, inoltre passeggiare con lui incrementa il benessere fisico poiché garantisce un'attività sportiva moderata ma regolare trasformandosi anche in un intermediario sociale in quanto garantisce l'interazione sociale che molto spesso avviene tra padroni di cani. Altri benefici interessano l'area psicologica dove sono stati riscontrati miglioramenti nei livelli generali di ansia, depressione e diminuzione del senso di solitudine dei padroni, abbassando, in generale i livelli di arousal.

È importante sottolineare come quando un individuo si prende cura di un animale si sviluppi e si consolidi un senso di Sé positivo, che lo porta a percepirsi come più capace e amorevole. Inoltre, le competenze legate alla gestione degli imprevisti, attraverso le attenzioni nei confronti del proprio animale, si affinano, poiché inevitabilmente, nella relazione con il proprio animale si devono affrontare degli inconvenienti; questo porta ad un maggiore senso di competenza percepito nell'affrontare imprevisti.

Il rapporto che l'essere umano ha con il proprio animale domestico è estremamente speciale, in quanto si tratta di un rapporto che si basa sulla fiducia reciproca e sulla consapevolezza che dal proprio compagno animale non arriverà mai alcun tipo di giudizio; questa consapevolezza è a mio avviso uno degli elementi più importanti che caratterizzano questa relazione, che è impossibile da riprodurre tra

gli esseri umani, i quali non sono puri, e hanno precise convinzioni nonché pregiudizi. Il rapporto con il proprio animale domestico permette di non essere completamente soli quando decidiamo di esprimere il nostro vero Sé, i nostri difetti, i nostri pregi, le nostre paure. Ed è questa consapevolezza universale, nell'approcciarci con l'animale, che può rendere possibili degli enormi progressi tramite l'utilizzo dell'animale come co-terapeuta.

1.2 L'animal assisted therapy, cenni storici

L'animale, nel corso della storia ha ricoperto moltissimi ruoli, passando dall'essere la manifestazione del volere delle divinità, o addirittura esserne una reincarnazione terrena, ad essere invece veicolo di peccato e tentazione.

Se si vuole fare un percorso storico, analizzando quelli che sono stati i diversi ruoli ricoperti dagli animali, dobbiamo partire dall'era preclassica, dove nell'animismo venivano attribuite proprietà mistiche anche ad animali; le divinità venivano infatti presentate come ibridi, portatrici sia di caratteristiche umane che animali.

La rappresentazione di una divinità con caratteristiche animali è presente in tantissime altre culture, come ad esempio in quella dell'antico Egitto, dove il dio Anubi veniva rappresentato con la testa di un cane e il corpo di un umano. Il dio Anubi aveva un ruolo molto importante, poiché era colui che vegliava sull'oltretomba, accompagnandovi i defunti che si erano dimostrati degni (questo avveniva tramite la pesatura del cuore, che, se più leggero di una piuma, permetteva il passaggio all'oltretomba).

Nell'antica Grecia il dio della medicina, Esculapio, poteva trasformarsi in cane o serpente. Nei pellegrinaggi ai templi da parte dei malati erano presenti diversi cani che avevano come compito quello di fornire conforto; si diceva che Esculapio, potesse guarire le ferite, nella sua forma canide, semplicemente leccandole.

In questi due esempi abbiamo due divinità che si occupano del dolore, in modalità diverse, e di come sanarlo. È molto interessante evidenziare come, già nell'antichità fosse associato un sollievo a delle divinità che, nel contatto con gli esseri umani, assumevano una forma animale.

Successivamente, dal Medioevo fino alla fine del Cinquecento, l'animale perde il suo valore benefico, venendosi associato a figure demoniache.

La percezione dell'animale cambia profondamente nell'Illuminismo poiché viene investito del legame affettivo.

John Locke sosteneva che per promuovere l'empatia nei bambini fosse necessario affidare loro un animale, rendendoli quindi responsabili del loro benessere, e, nel momento in cui i bisogni degli animali a loro affidati non erano soddisfatti, era necessario rimproverarli.

Lentamente, in tutta Europa, comincia a diffondersi l'introduzione di alcuni animali da compagnia nelle strutture adibite alla cura del disagio mentale. La prima testimonianza arriva dallo York Retreat Hospital, in Inghilterra, dove fu attuato un progetto che prevedeva metodologie più umane nel trattamento dei pazienti. Il fondatore William Tuke predispose, oltre all'eliminazione della contenzione, l'introduzione di una terapia occupazionale, ovvero una terapia che passasse attraverso la cura di piante ed animali. Si riteneva, infatti, che il prendersi cura di forme di vita che erano, in qualche misura, dipendenti dall'uomo, potesse portare i pazienti a migliorare l'autocontrollo.

Florence Nightingale (1820-1910), considerata madre dell'infermieristica, affermava che l'animale da compagnia era una risorsa molto potente per i malati, specialmente per coloro che soffrivano di malattia croniche.

Questo coinvolgimento degli animali subisce una brusca interruzione tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, quando l'avvento della medicina porta alla formazione di ambienti sterili dedicati alla cura.

Nel 1953, Boris Levinson, psichiatra inglese, considerato il padre della pet therapy, aveva in cura un giovane paziente con un disturbo dello spettro autistico; da questa interazione ci arrivano le prime evidenze che ci invitano a guardare l'animale non solo come un soggetto passivo, ma anche come

soggetto attivo nella relazione terapeutica, tipicamente diadica, in grado di mediare l'interazione. Jingle, il suo cane, diventa un tramite importantissimo nella creazione del legame terapeutico; il giovane paziente, inizialmente molto restio ad ingaggiare qualsiasi tipo di scambio nel setting terapeutico, si mostra disponibile a relazionarsi esclusivamente con il cane del suo psichiatra, e la possibilità di interagire con lui diventa la motivazione principale nel portarlo a presenziare durante i loro incontri. Lentamente, grazie alla fiducia e al legame che il paziente crea con Jingle, cominciano a crearsi le basi dell'alleanza terapeutica.

Levinson, sostiene che l'interazione con un animale è più semplice e prevedibile e per alcune persone può essere più appagante di una relazione con un altro essere umano. Secondo, l'autore esperienze positive con un animale attraverso la mediazione del terapeuta, possono generare attaccamenti più sicuri e portare alla riconsiderazione e modificazione di pattern mal adattativi di attaccamento.

Nel 1961, Levinson presenta un documento all'Annual Psychological Association Conference, a New York, in cui riporta di alcuni suoi casi in cui il successo del trattamento era attribuito in grande misura al cane, coinvolto nella terapia.

Nella sua pubblicazione *Pet-Oriented child psychotherapy* (1969), si affida ad alcuni concetti molto importanti, come il concetto di oggetto transazionale di Winnicott (1953), al fine di fornire un'ottica interpretativa alla Psicoterapia infantile pet-oriented.

1.3 Gli interventi assistiti con gli animali (IAA), oggi

Il termine Pet-therapy, risulta essere datato. Oggi viene sostituito con "Animal assisted therapy" (AAT), una tipologia di intervento che rientra in un ambito più ampio, quello degli interventi assistiti con gli animali (IAA).

Al fine di tutelare i pazienti, gli utenti e gli animali coinvolti nelle diverse tipologie di intervento che seguono, il 25 marzo 2015, con l'Accordo Stato, Regioni e Province autonome, è stato redatto il documento "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA), che si pone come obiettivo quello di definire degli standard per l'applicazione degli IAA (Ministero della salute, 2015).

Nel medesimo documento vengono anche definite le diverse tipologie di intervento come segue:

- Le Attività assistite con gli animali (AAA): Hanno finalità di tipo ludico-ricreativo e di socializzazione. L'obiettivo è quello di promuovere e incrementare il miglioramento della vita di un individuo e di insegnare le corrette interazioni che si sostengono con l'animale. Non rientrano nelle AAA le attività sportivo-agonistiche con animali. Nelle AAA la relazione con l'animale costituisce fonte di conoscenza, di stimoli sensoriali ed emozionali; tali attività sono rivolte al singolo individuo o ad un gruppo di individui e promuovono nella comunità il valore dell'interazione uomo-animale al fine del reciproco benessere. Le AAA in alcuni casi sono propedeutiche alle TAA/EAA e sono finalizzate, tra l'altro, a: sviluppare competenze attraverso la cura dell'animale; accrescere la disponibilità relazionale e comunicativa; stimolare la motivazione e la partecipazione.
- Terapia assistita con gli animali (TAA): Intervento a valenza terapeutica finalizzato alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale, rivolto a soggetti con patologie fisiche, psichiche, sensoriali o plurime, di qualunque origine. L'intervento è personalizzato sul paziente e richiede apposita prescrizione medica
- Educazione assistita con gli animali (EAA): Intervento di tipo educativo che ha il fine di promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e progettualità individuale, di relazione ed 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. L'EAA contribuisce a migliorare la qualità di vita della persona e a rinforzare l'autostima del soggetto coinvolto. Attraverso la mediazione degli animali domestici vengono attuati anche percorsi di rieducazione comportamentale. L'EAA trova quindi applicazione in diverse situazioni quali, ad esempio: 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.

Capitolo 2

Il disturbo post-traumatico da stress nelle vittime di violenza sessuale

2.1. I dati della violenza sessuale in Italia e nel mondo

La violenza sessuale è un crimine tremendamente violento che crea nella vittima danni sia nella vita psicologica, che in quella fisica. La diversità presentata dalla tipologia di carnefici è spaventosa. Dalle testimonianze delle vittime adulte emerge che nella maggior parte dei casi la violenza è stata perpetrata da una persona di cui si fidavano e a cui volevano bene: il compagno, un amico, un collega. Proporzionalmente sono più numerosi i casi in cui la violenza viene esercitata da una persona che si conosce rispetto a quella perpetrata da uno sconosciuto, per quanto anche questa sia una realtà.

Anche la violenza sessuale subita da bambini viene spesso eseguita da un conoscente, nella maggioranza dei casi da un parente.

Appare evidente che è un problema estremamente radicato nella nostra società ed una delle cause principali viene individuata nel concetto di “Cultura dello stupro” che Emilie Buchwald (1993) definisce come un background culturale, diventato ampiamente (e radicato profondamente nella cultura patriarcale) condiviso e accettato; la mentalità da cui è caratterizzato porta a vedere la violenza come comportamento sessualmente provocante e la sessualità come violenta. Viene abbracciata l’idea che l’uomo sia un predatore e la donna la sua preda sessuale.

I dati Istat (2014) riportano che in Italia il 31.5% delle donne ha subito violenza fisica o sessuale mentre da un’indagine condotta da Ipsos su un campione di ragazze dai 14 ai 18 anni emerge che il 70% di loro ha subito molestie, la maggior parte delle quali perpetrate in luoghi pubblici, inoltre il 64% del campione dichiara di aver subito delle avance indesiderate da adulti di riferimento (Save the Children, 2020).

Amnesty International, in un articolo pubblicato l’8 Marzo riporta che: “Una donna su tre secondo i dati dell’UNIFEM, è stata violentata, picchiata, costretta all’atto sessuale oppure abusata almeno una

volta nella sua vita. Secondo uno studio dell'OMS e della Banca Mondiale, la violenza domestica è la causa principale di morte o di lesioni gravi per donne tra i 16 e i 44 anni”.

Fino ad ora la mia narrativa sulle vittime si è concentrata sulle donne perché statisticamente sono soggette maggiormente a subire questi crimini, ma questo non significa che anche gli uomini non possano essere oggetto violenza sessuale. Il Centers for Disease Control and Prevention (2017) riporta che almeno 1 uomo su 4 ha avuto dei contatti sessuali superficiali, 1 uomo su 38 invece è stato vittima di stupro o tentato stupro.

Al fine di combattere la cultura dello stupro è necessario ascoltare tutte le voci, e abbandonare il profondo pregiudizio per cui culturalmente si ritiene che sia accettabile, e addirittura gradito, insistere nonostante la negazione del consenso, o secondo il quale un uomo non può essere una vittima, soprattutto se il carnefice è di sesso femminile.

Tutte le vittime hanno il diritto di essere ascoltate e tutelate dalle istituzioni giuridiche, sanitarie, sociali e politiche, condizione assoluta affinché possano tentare di sanare e reintegrare il loro Sé.

2.2 Il disturbo post-traumatico da stress conseguente alla violenza sessuale

Il subire comportamenti sessuali a cui non si è dato il consenso è un'esperienza estremamente traumatica, a prescindere dal periodo della vita in cui si esperisce, e come tale può innescare dei pattern di comportamento compatibili con i criteri per il disturbo post traumatico da stress. Il PTSD nel DSM-5 è inserito infatti nel capitolo dei disturbi correlati a stress o traumi.

Questo disturbo è associato all'esperienza, attiva o passiva, di un evento che risulta essere particolarmente traumatico, durante il quale il soggetto si è sentito fortemente in pericolo sia per quanto riguarda la sua integrità psichica che fisica.

Spesso i pazienti che soffrono di PTSD riportano una sintomatologia intrusiva che si può manifestare con ansia, disregolazione emotiva, ricordi realistici e invalidanti del momento dell'evento traumatico (Yehuda et al., 2015).

In generale la sintomatologia del disturbo post-traumatico da stress può essere raggruppata in 4 cluster: sintomatologia intrusiva, strategie di evitamento, alterazione dell'umore e pensieri, aumento dello stato di attivazione psicomotoria (DSM-5, 2013).

È importante comprendere quelle che sono le implicazioni nel breve e nel lungo periodo della violenza sessuale, e per farlo è necessario concentrarsi sulla sua natura estremamente stressante, poiché le reazioni psicologiche generate da questa tipologia di trauma sono molto forti.

Lo stress è una risposta psicologica e fisiologica dell'organismo ed è di natura cumulativa; è stato confermato che i soggetti che hanno esperito un maggior numero di situazioni stressanti hanno una resistenza maggiore nel sopportarne le reazioni psicologiche. La tipologia di stress che viene considerata più destabilizzante per l'integrità dell'organismo è quella imprevedibile, incontrollabile e di lunga durata. L'esposizione prolungata a questo tipo di situazioni porta la vittima a manifestare un pattern atipico nello sviluppo della sintomatologia post-traumatica che non si presenta nell'immediato, se non in maniera lieve, ma nel lungo periodo dove sono più a rischio di sviluppare una psicopatologia post-traumatica. Le vittime che invece hanno subito eventi traumatici per un periodo non continuativo presentano una sintomatologia piuttosto severa nell'immediato ma che tende a diminuire nel lungo periodo. Appare evidente, dunque, che la sintomatologia del disturbo post-traumatico da stress non si manifesti con le stesse tempistiche in tutti i soggetti; sicuramente il pattern più comune è quello che vede i sintomi come molto debilitanti nell'immediato ma che tendono gradualmente a diminuire nel corso del tempo.

Burgess e Holmstroms nel 1974 descrivono la *Sindrome traumatica da stupro* come una specifica forma di disturbo post-traumatico da stress che include una frequente ripetizione della violenza subita attraverso incubi o ricordi estremamente intrusivi, così come un forte distress quando esposte a elementi collegati allo stupro e una manifestazione persistente di sintomi ipervigilanti. Durante l'abuso la maggior parte delle vittime manifesta paura di morire, riportando nelle ore successive un ampio range di sintomi psicopatologiche come ansia, depressione, paure generalizzate o specifiche,

sintomatologia psicosomatica (come mal di testa, problemi di stomaco e spossatezza), tutti sintomi riconducibili ad un esordio di disturbo da stress post-traumatico.

In una ricerca (E. Dummore et al., 2000), viene evidenziata una forte correlazione tra la gravità della sintomatologia post traumatica e i fattori cognitivi. Nella valutazione del trauma alcuni degli aspetti più centrali sono stati: la valutazione dei processi di pensiero, la sconfitta mentale, la confusione mentale, la risposta comportamentale ed emozionale al trauma, i vari stili di codifica.

La sconfitta mentale viene definita come la percezione di perdere autonomia psicologica e la conseguente frammentazione di un senso di Sé integrato; in queste circostanze il soggetto tende a mettere continuamente in dubbio il suo senso di competenza. La confusione mentale influenza fortemente la qualità dell'elaborazione delle memorie traumatiche e viene evidenziata infatti una forte connessione tra la confusione mentale e il PTSD.

Uno dei temi centrali nel mantenimento della psicopatologia post traumatica sono le credenze negative che portano alla continua valutazione degli eventi come pericolosi con un conseguente aumento della sintomatologia ansiosa. Le vittime che soffrono di una sintomatologia persistente processano il trauma in una modalità tale che le porta a vivere in uno stato di ipervigilanza costante, causato dalla percezione continuativa della minaccia che può essere sia interna che esterna.

Alle credenze negative sono associate altre sintomatologie come forti emozioni, ansia, rabbia, vergogna, senso di colpa che portano il soggetto ad ingaggiare delle strategie disfunzionali per controllare il senso di minaccia percepito. Nella ricerca emerge inoltre che gli individui che hanno interpretato la reazione emotiva all'evento traumatico come "instabile" o "fuori controllo" tenderanno maggiormente ad evitare di affrontare i ricordi legati al trauma.

Un altro aspetto estremamente importante nella costruzione della sintomatologia intrusiva e del suo mantenimento, è il rapporto tra la patologia che si origina da un evento particolarmente stressante per l'organismo, l'autocolpevolizzazione e l'auto-attribuzione della responsabilità per la violenza subita. Centrale nell'elaborazione del trauma è la codifica del ricordo ad esso associato. Sono stati evidenziati due processi attraverso cui questo avviene:

1. Il distacco ovvero il momento in cui la vittima spegne emozioni e pensieri durante la violenza; processo che spesso viene sovrapposto alla dissociazione legata a importanti psicopatologie di origine traumatica.
2. Confusione mentale ossia l'incapacità di concentrarsi sugli aspetti salienti che caratterizzano l'esperienza traumatica.

La paura che possano emergere nuovi ricordi legati all'esperienza traumatica, in molte vittime, incrementa i livelli generali di ansia. Le memorie del trauma, dunque, sono percepite costantemente come una un senso di minaccia per la vittima, e più risultano disorganizzate e frammentate più sono difficili da integrare con elementi già presenti in memoria.

L'elaborazione scorretta del ricordo può portare la vittima a rivivere continuamente memorie legate alla violenza, che vengono scatenate da elementi *trigger* estremamente diversificati. Soggetti che hanno sofferto di confusione mentale durante la violenza sessuale tendono ad aver codificato mnemonicamente in maniera più superficiale.

2.3 I disturbi in comorbidità con il PTSD

Il disturbo da stress post-traumatico spesso presenta un alto grado di comorbidità con altri disturbi psichiatrici, come la depressione maggiore e l'abuso di sostanze. Molte vittime hanno riportato, oltre alla depressione e a dei decrementi nel funzionamento sociale anche un incremento nelle problematiche relative alla vita sessuale e livelli più alti di paura generalizzata. La maggior parte di queste paure sono profondamente legate all'esperienza di violenza che hanno subito (paura degli estranei, di camminare da sole, di nuove interazioni sociali). Nel lungo periodo le sintomatologie più comuni riguardano problemi nella sfera sessuale e quella delle relazioni, dove si evidenzia un incremento anche nelle paure generalizzate. La correlazione tra violenza sessuale e abuso di sostanze da parte di soggetti traumatizzati e che rientrano nei criteri del disturbo post-traumatico da stress, è spiegato dal "Self medication model" (Cappell & Greeley, 1987), secondo il quale le vittime di esperienze traumatiche utilizzano determinate sostanze per incrementare le strategie di *coping*.

È importante sottolineare come l'utilizzo di sostanze possa oggettivamente portare sollievo alle vittime di un trauma, ma se presente una sintomatologia post-traumatica, il rischio che peggiori incrementa notevolmente, aumentando anche la probabilità di sviluppare una dipendenza.

Il rapporto tra l'abuso di sostanze e la violenza è bidirezionale, da una parte, la violenza sessuale subita da bambini è un fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza da sostanze, la quale, a sua volta, risulta essere un fattore di rischio nel subire violenza sessuale da adulti.

Le esperienze quotidiane dei sintomi post traumatici possono risultare estremamente minacciose e spaventose per coloro che le vivono, questo porta le vittime molto spesso a percepirsi come deboli e instabili. Il rischio è che questi soggetti tentino di gestire la sintomatologia applicando delle strategie di *coping* disfunzionali che possono portare al mantenimento dei sintomi.

È dunque fondamentale che per le vittime venga attuata una terapia mirata e che possa portare ad un miglioramento in una tempistica relativamente breve; proprio per questo, al fine di attenuare il disturbo post-traumatico da stress viene spesso consigliato di impiegare una terapia di tipo cognitivo-comportamentale.

Capitolo 3

L'utilizzo dell'AAT con le vittime di violenza sessuale, una nuova prospettiva per facilitare l'elaborazione del trauma

3.1 L'animal assisted therapy applicata al disturbo post-traumatico da stress

Il numero di persone che cercano il trattamento per disturbi provocati dall'esposizione ad una forte fonte di stress è in crescita, e questo porta gli specialisti a dover trovare degli approcci sempre più efficaci nel trattamento di questa forma di psicopatologia.

Nella maggior parte delle psicoterapie condotte al fine di attenuare la sintomatologia intrusiva da disturbo da stress post traumatico, l'esposizione a ricordi o ambienti legati all'evento stressante originario, è necessario al fine di produrre beneficio; questo però può essere particolarmente difficile per i pazienti. Gli approcci ad oggi maggiormente utilizzati per il trattamento del PTSD sono la terapia cognitivo comportamentale e quelli che prevedono un'esposizione prolungata a determinati stimoli. Quest'ultimo approccio combina un numero di interventi finalizzati a ridurre la molteplicità di sintomi vissuti dai pazienti con disturbo post-traumatico a interventi volti a fornire al paziente delle competenze importanti per condurre una vita funzionale, tra cui interventi di educazione psicologica, l'insegnamento di tecniche di rilassamento e l'esposizione controllata a ricordi e situazioni reali.

Il rivivere ricordi associati alla violenza può essere davvero doloroso e difficile per il paziente, e non sempre questa esperienza viene facilitata dalla presenza del terapeuta che rimane comunque un estraneo.

Viene proposta quindi una nuova modalità che prevede l'associazione all'esposizione prolungata dell'animal assisted therapy. I soggetti che soffrono di disturbo post traumatico da stress hanno la tendenza ad evitare situazioni che possano essere un trigger per il loro trauma e questo porta al rinforzo del comportamento evitante.

Come riportato nel primo capitolo sappiamo, grazie a numerose ricerche, che il rapportarsi con un animale decrementa i livelli generali di stress percepiti, quindi da una parte la pressione sanguigna, e dall'altra l'ansia generalizzata.

Fine (2000, 2004) sostiene che l'impiego di un animale all'interno nel contesto terapeutico può facilitare la creazione di un legame con il terapeuta, il quale appare agli occhi del paziente come più empatico e disponibile. L'autore ipotizza delle ragioni per cui l'animale, nel contesto terapeutico, possa facilitare le interazioni e le esposizioni a memorie dolorose; l'animale viene tendenzialmente percepito come disponibile ad interagire con l'uomo, e queste interazioni non richiedono delle competenze sociali particolari per ingaggiare uno scambio positivo con l'animale.

Gli animali utilizzati nella terapia sono una risorsa per tutti quei pazienti che hanno delle importanti difficoltà a creare un rapporto interpersonale con gli estranei, e quindi anche con il terapeuta.

Odendaal e Meintjes (2003) hanno dimostrato che accarezzare un cane o un gatto per circa un minuto stimola la produzione di ossitocina, un ormone che viene definito come "ormone dell'amore", e che risulta essere prodotto anche nelle interazioni sociali facilitando la creazione di fiducia e cooperazione.

L'animal assisted therapy può essere un'ottima risorsa anche nel caso in cui le vittime di violenza sessuale siano bambini, infatti l'animale con questi pazienti non risulta essere solo un tramite metaforico che permette l'abbassamento dei livelli di arousal e la creazione di un legame terapeutico, ma diventa una parte attiva nella narrazione del trauma. I bambini appaiono molto più disposti a raccontare gli avvenimenti all'animale prima che al terapeuta e questo permette un'importante mediazione che trova come esito una più efficace costruzione degli interventi terapeutici.

Reichert (1994) propone un modello di terapia di gruppo che si avvale dell'utilizzo degli animali. I partecipanti a questo gruppo erano tutte ragazze che avevano vissuto episodi di violenza sessuale. L'animale alleviava la tensione e l'ansia essendo diventato un *oggetto transizionale* nel quale le ragazze potevano proiettare i loro sentimenti attraverso il contatto fisico. Inoltre, le ragazze potevano decidere se raccontare gli avvenimenti all'animale prima che al gruppo, permettendo loro di

affrontare la terapia a piccoli step per volta ed avere inoltre la possibilità di scegliere con chi aprirsi per prime, accresceva il loro senso di controllo.

3.2 Una proposta di animal assisted therapy nel trattamento del PTSD

Lefkowitz et al. (2005) propongono un modello di intervento terapeutico che si rifà a quanto proposto da Altschuler (1999) con l'ambizione però di renderlo più applicabile.

È importante che il terapeuta, prima di proporre la terapia con l'ausilio dell'animale, si accerti che il paziente non soffra di allergie o fobie.

La presenza dell'animale nella terapia non ha come obiettivo quello di minimizzare l'ansia associata con il trauma, ma quello di decrementare l'esitazione naturale che si manifesta nel processo di abituazione ai ricordi dolorosi.

La tipologia di intervento proposto risulta essere una fusione degli elementi tipici del modello ad esposizione prolungata con quello degli interventi assistiti con gli animali. Una figura estremamente importante nell'approccio dell'esposizione prolungata è il "coach": una figura di cui il paziente si fida e che lo aiuterà a sentirsi al sicuro durante la situazione temuta e che nell'approccio misto che stiamo vedendo viene interpretata dall'animale. È importante che l'impiego dell'animale come supporto e mediatore si riduca con il progredire della terapia

L'utilizzo dell'animale come figura di supporto in queste situazioni permette al paziente di generalizzare il senso di sicurezza attorno ad altri esseri umani e animali al di fuori della terapia

Il protocollo prevede 9 sedute della durata di 90 minuti ciascuna; le indicazioni fornite dagli autori prevedono inoltre qualche seduta aggiuntiva se la diade terapeutica lo ritiene necessario.

Nell'articolo vengono descritti quelli che dovrebbero essere gli elementi centrali di ciascuna seduta così articolati:

Sessione 1: Il paziente incontra il terapeuta e l'animale. Questo incontro è finalizzato alla conoscenza tra il paziente e l'animale, è infatti importante che tra i due si crei un buon livello di confidenza al fine di consolidare i giusti presupposti per il trattamento.

Il paziente deve interagire con l'animale per circa 10-15 minuti durante i quali il terapeuta può ingaggiare una conversazione che dovrebbe riguardare il suo rapporto con gli animali.

Dopo l'interazione iniziale il terapeuta ha il dovere di informare il paziente sul programma di trattamento.

Le sessioni sono di 90 minuti per un totale di 9 incontri, alla fine dei quali il paziente e il terapeuta possono confrontarsi e capire se possono servire altre sedute. È inoltre importante, visto che questo tipo di terapia si propone di utilizzare l'esposizione prolungata, avvisare il paziente che nelle prime sedute potrebbe verificarsi un incremento della sintomatologia.

Deve essere messo in chiaro che non sarà accettata nessuna tipologia di abuso (verbale o fisico) nei confronti dell'animale, e che se l'animale necessita di ritirarsi per qualche tempo, non deve essere disturbato.

Durante la terapia il paziente è libero di interagire come e quanto vuole con l'animale.

È importante che il paziente dia un consenso informato alla terapia, comprendendo quali sono i limiti dell'animale e dell'interazione con lui.

Con molta probabilità il paziente vorrà essere accompagnato dall'animale sia nell'esposizioni durante le sedute che al di fuori (*in vivo*); è bene quindi che il terapeuta indichi che, ove vi sia la possibilità, per le esposizioni in vivo si faccia accompagnare dal proprio animale domestico, o in assenza, da altro animale di cui si fida.

Nella parte finale della prima sessione ci si concentra su esercizi di respirazione, in modo tale che i livelli di arousal rimangano ottimali, o qualora si siano alzati durante la seduta, ritornino nel range funzionale.

Il terapeuta accompagna il paziente negli esercizi di respirazione, e alla fine della seduta comunica al paziente che dovrà condurre il medesimo esercizio due volte al giorno fino alla seduta successiva.

Sessione 2: La parte iniziale del secondo incontro è centrato sull'analisi degli stati interni del paziente e alle sue reazioni alla seduta precedente. Al paziente viene chiesto di raccontare i suoi pensieri e sentimenti riguardo al programma di trattamento, ponendo il focus su eventuali esitazioni o ansie nel ritornare per la terapia.

Se il terapeuta lo ritiene necessario può dedicare alcuni momenti esclusivamente all'interazione tra il paziente e l'animale, al fine di ridurre i livelli generali di ansia.

Dopo aver indagato gli stati del paziente riguardo alla terapia, la conversazione può spostarsi sulla violenza sessuale subita attraverso l'utilizzo del Assault Information and History Interview (Foa & Rothbaum, 1998), grazie alla quale vengono indagati alcuni aspetti importanti della violenza, come ad esempio la quantità degli episodi che si sono verificati e lo stato d'animo della vittima subito dopo la violenza.

Durante la somministrazione di questo questionario è necessario che il terapeuta annoti l'utilizzo di eventuali strategie di evitamento al fine di controllare reazioni di ansia o paura. È importante che venga dedicato tempo alla rassicurazione del paziente nei momenti di difficoltà creati dalla narrazione, in quanto è di fondamentale importanza che la vittima percepisca un forte senso di controllo durante le sedute.

Dopo la conclusione del questionario vengono discusse le reazioni del paziente emerse in seguito alla violenza sessuale subita. Durante questa analisi è importante che il terapeuta consegni e spieghi al paziente informazioni inerenti alle normali, ma non per questo meno dolorose, reazioni delle vittime di stupro. Educare il paziente alle reazioni tipiche è fondamentale poiché facilita il processo di elaborazione del trauma, e lo rende consapevole che non è il solo ad aver avuto determinate reazioni e esperienze, generando un progressivo incremento dell'autostima.

Viene poi chiesto alla vittima di identificare quelle che pensa siano delle reazioni che ha vissuto tra cui il rivivere la violenza, depressione, comportamenti evitanti e cambiamenti nelle abitudini sessuali.

Prima della conclusione della seduta il terapeuta dà come compito da svolgere a casa quello di condividere le informazioni sulla violenza sessuale subita con qualcuno di sua scelta.

Sessione 3: Come prima cosa il terapeuta andrà ad indagare com'è stato svolto il compito assegnato alla fine della seduta precedente.

Successivamente vengono spiegati al paziente i concetti di paura, esposizione e abituaione, sottolineando come affrontare in modo sicuro ciò che si teme, porterà ad esperire del beneficio e lo faciliterà nel processare l'esperienza traumatica decrementando il dolore percepito e incrementando i sentimenti di autostima. Il terapeuta durante i primi momenti di questa seduta deve provvedere ad istruire il paziente nelle modalità corrette per la compilazione della Subjective Unit of Discomfort (SUD), ossia una scala che si pone come obiettivo quello di quantificare l'intensità degli stati interni in un dato momento.

È inoltre fondamentale sottolineare che il paziente non verrà mai esposto a situazioni pericolose e che qual ora presenti dei dubbi sulle minacce potenziali della situazione che si presta a vivere, sarà premura del terapeuta creare un momento di confronto dove si parlerà, in termini oggettivi, della sicurezza o della minaccia potenziale.

Il terapeuta deve fornire indicazioni verbali e scritte su come affrontare l'esposizione in vivo che il paziente dovrà sforzarsi di sostenere per almeno 30 minuti (massimo 45), ossia finché il suo punteggio SUD non decremterà del 50%. È importante che il terapeuta sottolinei l'importanza di resistere nelle situazioni che generano distress, questo perché il comportamento evitante verrà solamente rinforzato se il paziente abbandona l'esposizione prima del tempo necessario.

La seduta procede con l'identificazione da parte del paziente delle situazioni che tendenzialmente evita poiché associate con la violenza sessuale.

Fino alla fine del trattamento, il terapeuta assegnerà nuove esposizioni settimanalmente. Alla fine della terza seduta il terapeuta assegna come compito la prima esposizione in vivo.

Sessione 4: Come nella seduta precedente, anche questa si apre con l'analisi del compito assegnato la volta precedente, il paziente ha la possibilità di descrivere l'esperienza e valutare il suo grado di successo.

In questa seduta viene introdotta l'esposizione tramite immaginazione, è fondamentale che qui il terapeuta spieghi come i ricordi possano riemergere alla coscienza in maniera autonoma, nella forma di flashback, incubi o ansia generalizzata. Al fine di ridurre la frequenza e l'intensità dei sintomi è importante che il paziente affronti le memorie dolorose, e questo è possibile attraverso uno sforzo mnestico attivo nel ricordare gli eventi della situazione traumatica.

Ciascuna sessione è registrata affinché il paziente possa riascoltarsi mentre condotto e nell'elaborazione di memorie dolorose durante le sedute.

È necessario che il terapeuta spieghi il processo nel dettaglio: il paziente deve chiudere gli occhi richiamando chiaramente in memoria gli avvenimenti della violenza sessuale; questi dovranno essere descritti in prima persona e utilizzando il tempo verbale presente. Inoltre il paziente viene incoraggiato a descrivere le sue percezioni sensoriali.

Ogni 10 minuti viene valutata l'ansia sulla scala SUD.

Ogni sessione di esposizione dura dai 30 ai 60 minuti, dove il paziente ripercorrerà i suoi ricordi più volte.

Durante la conclusione della sessione il terapeuta chiederà al paziente di continuare con l'esposizione in vivo e di riascoltare le registrazioni della seduta ogni giorno.

Sessioni rimanenti: I compiti assegnati vengono controllati all'inizio di ogni sessione. Nella sessione 4 e 5 la vittima decide quanti dettagli condividere. Con il progredire della terapia il terapeuta deve incoraggiare sempre più apertamente il paziente a espandere la sua narrazione includendo sempre più dettagli e le reazioni psicologiche e emotive.

Con il decremento dei punteggi sulla scala SUD il paziente viene indirizzato nell'affrontare i temi più salienti e dolorosi; è importante indirizzare il focus anche sul senso di incompetenza e gli schemi di pericolo percepito, al fine di rielaborarli in modo sicuro.

Nella *sessione finale* è essenziale parlare dei progressi avvenuti, degli obiettivi futuri e dei sentimenti legati alla conclusione del percorso. Il paziente deve essere accompagnato nell'identificare i cambiamenti positivi che ha notato e gli elementi su cui vorrebbe continuare a lavorare.

Il paziente deve avere anche la possibilità di parlare della relazione che ha sviluppato con l'animale, così come è molto importante che venga dedicato del tempo per permettergli di salutare l'animale, attraverso delle modalità concordate con il terapeuta, come il gioco, dargli da mangiare o il coccolarlo.

3.3 Alcune ricerche sull'efficacia dell'AAT

Di seguito vengono riportate alcune ricerche sull'efficacia dell'animal assisted therapy.

Dietz, et al., (2012), propongono una ricerca che vede come obiettivo quello di indagare e paragonare l'efficacia di tre tipi di terapia di gruppo per i bambini vittime di violenza sessuale. La metodologia terapeutica indagata prevedeva l'analisi della combinazione tra l'assistenza degli animali, in questo caso un cane, e l'utilizzo di storie; 153 partecipanti di età compresa tra i 7 e i 17 anni sono stati divisi in tre gruppi: "Senza cani", "Cani senza storie", "Cani e storie".

Il gruppo "Senza cani" prevedeva 12 sessioni di terapia. Il programma terapeutico includeva l'affrontare argomenti e attività collegati alle difficoltà più comuni che le vittime di violenza sessuale affrontavano, come il contatto fisico indesiderato, l'autostima, la fiducia e gli elementi trigger.

Il gruppo "Cani senza storie" presentava la stessa organizzazione temporale e contenutistico del gruppo "Senza cani", con l'aggiunta del cane e del suo responsabile che erano disponibili per 30 minuti prima che il gruppo cominciasse la sessione, al fine di permettere ai bambini di interagire con

l'animale in modo sicuro e con la supervisione adeguata. Successivamente il cane partecipava ai primi 10-15 minuti della terapia al fine di mediare l'introduzione agli argomenti che si sarebbero discussi nella sessione.

Il gruppo "Cani e storie" prevedeva l'inclusione di storie, il loro scopo era quello di aggiungere una struttura più solida e concreta alla presenza del cane, permettendo anche una più facile transizione agli argomenti riguardanti la violenza sessuale. È importante sottolineare che ciascuna storia narrata era scritta dal punto di vista del cane. Le storie venivano narrate nei primi 10-15 minuti e l'obiettivo era quello di portare le vittime a vedere il cane come un alleato, che aveva sperimentato un dolore simile, che poteva capire e di cui ci si poteva fidare.

Per valutare il trauma è stato usato il Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996), composta da 54 item attraverso cui viene indagato l'impatto della sintomatologia su 10 scale: ansia, depressione, rabbia, PTSD, dissociazione, dissociazione immaginaria, dissociazione evidente, preoccupazione sessuale e distress sessuale.

I risultati preliminari mostrano un decremento modesto della sintomatologia post-traumatica nel gruppo "Senza Cani".

Nel gruppo "Cani senza storie" viene evidenziato un significativo decremento nei punteggi della maggior parte delle scale, ad esclusione di quella riguardante la preoccupazione e rabbia. Viene però segnalato che i punteggi post-test delle scale depressione e PTSD hanno subito un notevole decremento.

Nel gruppo "Storie e Cani" tutte le sottoscale post-test hanno subito un notevole abbassamento; tuttavia, quello più significativo è stato riscontrato nella sotto scala inerente al PTSD, invece quello meno significativo è stato individuato nella sottoscala della preoccupazione sessuale.

È importante sottolineare che i punteggi del gruppo "Cani e storie" erano più alti prima del trattamento rispetto agli altri due gruppi.

Dopo un'indagine che andava ad applicare un modello di regressione lineare per controllare le differenze nei punteggi pre-test e post-test emerge che i punteggi del gruppo "Cani e storie" apparivano come più solidi e duraturi nel tempo.

Germain e collaboratori (2018) hanno condotto una metanalisi, attraverso una revisione sistematica della letteratura scientifica, al fine di individuare dati consistenti riguardo questo argomento.

In questo studio viene utilizzato un random effects model, il quale assume che gli elementi contestuali possono influenzare gli studi in maniera differente.

Gli esisti di ciascuno degli studi individuati erano convertiti e standardizzati utilizzando la *G di Hedge*, preferita alla *d di Coehn* poiché più efficace quando il campione di intra-studi è piccolo.

Sono stati selezionati 8 studi pubblicati tra il 2011 e il 2015, l'età dei partecipanti variava tra gli 8 anni e i 62, il genere dei partecipanti era in maggioranza femminile.

Questa metanalisi dimostra un effetto statisticamente rilevante tra i punteggi pre e post-intervento, in particolare per quanto riguarda la sintomatologia depressiva e ansiosa.

Vengono però individuate dagli autori due importanti variabili, la prima significativamente moderata, la località geografica in cui è stato condotto lo studio, e la seconda, la percentuale totale di donne nel campione di indagine. Emerge inoltre che quando chi conduceva l'intervento era uno specialista della salute mentale, il beneficio era maggiore.

La conclusione a cui gli autori di questa indagine sono arrivati è che gli interventi assistiti con gli animali sono un'importante motivazione per i pazienti a continuare la terapia, nonostante questa preveda degli considerevoli interventi di esposizione a memorie; appare chiaro come l'AAT funga da importante incentivo per molti partecipanti a ridurre i comportamenti evitanti che vengono spesso scatenati dagli elementi affrontati in terapia.

Conclusioni

L'obiettivo di questo elaborato era quello di raccogliere dei dati riguardo alla possibilità di utilizzare gli interventi assistiti per gli animali per le vittime di violenza sessuale.

Sicuramente è importante trovare delle metodologie che facilitino il più possibile per le vittime l'affrontare gli elementi centrali del loro trauma, e sicuramente la possibilità di includere nella terapia un mediatore in questo processo è una risorsa da non sottovalutare.

Utilizzare la terapia assistita con gli animali significa offrire al paziente un supporto emotivo in più, approfittando di alcuni elementi importanti che rendono così speciale il rapporto tra essere umano e animale.

La ricerca a riguardo necessita però di un maggiore rigore scientifico; infatti, nei diversi articoli da me selezionati al fine della stesura, emerge un campione di indagine relativamente piccolo, o l'assenza di un gruppo di controllo; sicuramente quindi l'indagine scientifica sui benefici di questo approccio deve ancora svilupparsi al suo meglio.

Ritengo che i potenziali benefici da questo approccio possano essere numerosi e duraturi; ritengo inoltre che sia molto importante supportare la vittima cercando di rendere l'esperienza terapeutica il più facile possibile, e se l'utilizzo di un animale può alleviare momenti di forte distress psicologico è necessario che vengano condotte delle ricerche con una buona validità così da avere delle evidenze per rendere gli interventi il più benefici possibili.

È fondamentale tutelare sia il paziente che l'animale, appare dunque essenziale definire delle linee guida chiare al momento dell'incontro con il paziente per quanto riguarda la tutela dell'animale.

Inoltre, deve essere premura del terapeuta quello di dedicare dei momenti esclusivi all'animale per far sì che abbia la possibilità di decomprimere e rilassarsi.

Premura va dedicata anche al paziente, i cui desideri sono importanti. Nel momento in cui egli presenti delle perplessità riguardo a questo tipo di terapia è necessario fornirgli tutte le informazioni al riguardo; qualora invece abbia delle fobie o allergie, o semplicemente non desideri avviarsi verso questo percorso, è essenziale rispettare le sue necessità proponendo altre forme di terapia.

Bibliografia

1. Barrera, M., Calderón L., & Bell, V. (2013) The Cognitive Impact of Sexual Abuse and PTSD in Children: A Neuropsychological Study, *Journal of Child Sexual Abuse*, 22:6, 625-638, DOI: <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.811141>
2. Bert, F., Gualano, M. R., Camussi, E., Pieve, G., Voglino, G., & Siliquini, R. (2016). Animal assisted intervention: A systematic review of benefits and risks. *European Journal of Integrative Medicine*, 8(5), 695-706. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2016.05.005>
3. Bleiberg, J., Prout, M., Debiak, D., Lefkowitz, C., & Paharia, I. (2005). Animal-Assisted Prolonged Exposure: A Treatment for Survivors of Sexual Assault Suffering Posttraumatic Stress Disorder, *Society & Animals*, 13(4), 275-296. doi: <https://doi.org/10.1163/156853005774653654>
4. Chivers-Wilson, K. A. (2006). Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill Journal of Medicine: MJM*, 9(2), 111. PMID: PMC2323517
5. Cirulli, F., Borgi, M., Berry, A., Francia, N., & Alleva, E. (2011). Animal-assisted interventions as innovative tools for mental health. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 47, 341-348. DOI: https://doi.org/10.4415/ANN_11_04_04
6. Dietz, J. T., Davis, D., & Pennings, J. (2012) Evaluating Animal- Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 21:6, 665-683, DOI: <https://doi.org/10.1080/10538712.2012.726700>
7. Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy*, 39(9), 1063-1084. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)
8. Dworkin ER. Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2020;21(5):1011-1028. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
9. Friedman E, Krause-Parello CA. Companion animals and human health: benefits, challenges, and the road ahead for human-animal interaction. *Revue Scientifique et Technique (International Office of Epizootics)*. 2018 Apr;37(1):71-82. DOI: <https://doi.org/10.20506/rst.37.1.2741>.
10. Germain M. S., Wilkie, D. K., Milbourne M. K. V., & Theule, J. (2018) Animal-assisted Psychotherapy and Trauma: A Meta-analysis, *Anthrozoös*, 31:2, 141-164, DOI: <https://doi.org/10.1080/08927936.2018.1434044>
11. Grandgeorge, M., & Hausberger, M. (2011). Human-animal relationships: from daily life to animal-assisted therapies. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 47, 397-408. <https://www.scielosp.org/article/aiss/2011.v47n4/397-408/en/>

12. Hanson, R. K. (1990). The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Annals of sex research*, 3(2), 187-232. <https://doi.org/10.1177/107906329000300204>
13. Kline NK, Berke DS, Rhodes CA, Steenkamp MM, Litz BT. Self-Blame and PTSD Following Sexual Assault: A Longitudinal Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(5-6):NP3153-NP3168. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260518770652>
14. Krause-Parello, A. C., Thames, M., Ray M. C., & Kolassa, J. (2018) Examining the Effects of a Service-Trained Facility Dog on Stress in Children Undergoing Forensic Interview for Allegations of Child Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 27:3, 305-320, DOI: <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1443303>
15. Levinson, B. (1997). *Pet-oriented child psychotherapy*. (Seconda edizione). Charles C. Thomas
16. Mims, D., & Waddell, R. (2016) Animal Assisted Therapy and Trauma Survivors, *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 13:5, 452-457, DOI: <https://doi.org/10.1080/23761407.2016.1166841>
17. Ministero della salute, (2015). *Interventi assistiti con gli animali (I.A.A.)*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_276_allegato.pdf
18. Parish-Plass N. Animal-Assisted Therapy with Children Suffering from Insecure Attachment Due to Abuse and Neglect: A Method to Lower the Risk of Intergenerational Transmission of Abuse? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. (2008);13(1):7-30. doi: <https://doi.org/10.1177/1359104507086338>
19. Peter-Hagene, L. C., & Ullman, S. E. (2015). Sexual assault-characteristics effects on PTSD and psychosocial mediators: a cluster-analysis approach to sexual assault types. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(2), 162. doi: <https://doi.org/10.1037/a0037304>.
20. Reichert, E. (1998). Individual counseling for sexually abused children: A role for animals and storytelling. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(3), 177-185. <https://doi.org/10.1023/A:1022284418096>
21. Signal, T., Taylor, N., Prentice, K., McDade, M., & Burke J. K. (2017) Going to the dogs: A quasi-experimental assessment of animal assisted therapy for children who have experienced abuse, *Applied Developmental Science*, 21:2, 81-93, DOI: <https://doi.org/10.1080/10888691.2016.1165098>
22. Ullman, E. S. (2016) Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors, *Addictive Behaviors*, Volume 53, Pages 7-10, 0306-4603, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.09.010>.
23. Ullman, E. S., Najdowski, J. C., & Filipas H. H. (2009) Child Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder, and Substance Use: Predictors of Revictimization in Adult Sexual Assault

Survivors, *Journal of Child Sexual Abuse*, 18:4, 367-385, DOI:
<https://doi.org/10.1080/10538710903035263>

24. Wamser-Nanney, R., Walker, H. E., & Nanney, J. T. (2020). Sexual assault, posttraumatic stress symptoms, and indices of aggression among women. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 1121-1129. <https://doi.org/10.1002/jts.22572>
25. Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(1), 37-50. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90094-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90094-9)
26. Zilcha-Mano, S., Mikulincer, M., & Shaver R. P. (2011) Pet in the therapy room: An attachment perspective on Animal-Assisted Therapy, *Attachment & Human Development*, 13:6, 541-561, DOI: <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.608987>