

# Psicologinews.it

## Scientific

### Psicopatologia del borderline

di Daniela Di Martino  
pag 34

L'importanza dei  
gruppi Balint e il loro  
sviluppo in Italia  
di Ilenia Gregorio  
pag 38

SIBLINGS - VUOL  
DIRE (SOLO):  
FRATELLI E SORELLE

di Cinzia Saponara  
pag 46

Vaginismo e  
Accettazione di Sé: Una  
Prospettiva Psicologica  
di Nicoletta Del Monaco  
pag 55

Diagnosi dai 0 ai 5 anni e traiettorie  
adulte? Il caso del Disturbo della  
regolazione della processazione  
sensoriale di Roberto Ghiaccio pag 4

Tic e Sindrome di Tourette in età evolutiva  
di Anna Borriello e Francesca Dicè pag 15

Le Nuove Frontiere nelle Manipolazioni  
Mentali



di Antonia Bellucci  
pag 27



## **REDAZIONE**

Anna Borriello

Antonia Bellucci

Cinzia Saponara

Daniela Di Martino

Francesca Dicè

Ilenia Gregorio

Lia Corrieri

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Nicoletta Del Monaco

**Supplemento mensile a:**

**psicologinews.it**

Autorizzazione Tribunale  
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

**Direttore Responsabile**

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 20 Maggio 2024

## **C O M I T A T O SCIENTIFICO**

Caterina Arcidiacono

Rossella Aurilio

Gino Baldascini

Paolo Cotrufo

Pietro Crescenzo

Emanuele Del Castello

Massimo Doriani

Antonio Ferrara

Mariafrancesca Freda

Massimo Gaudieri

Michele Lepore

Giovanni Madonna

Nelson Mauro Maldonato

Fortuna Procentese

Aristide Saggino

Sergio Salvatore

Raffaele Sperandeo

Antonio Telesca

Rino Ventriglia

**INDICE**

**Le Diagnosi dai 0 ai 5 anni e traiettorie adulte?**

**Il caso del Disturbo della regolazione d e l l a p r o c e s s a z i o n e sensoriale**

**di Roberto Ghiaccio pag 4**

**Tic e Sindrome di Tourette in età evolutiva di Anna Borriello e Francesca Dicè pag 15**

**Nuove Frontiere nelle Manipolazioni Mentali di Antonia Bellucci pag 27**

**Psicopatologia del borderline di Daniela Di Martino pag 34**

**L'importanza dei gruppi Balint e il loro sviluppo in Italia**

**di Ilenia Gregorio pag 38**

**SIBLINGS - VUOL DIRE (SOLO): FRATELLI E SORELLE**

**di Cinzia Saponara pag 46**

**Vaginismo e Accettazione di Sé: Una Prospettiva Psicologica di Nicoletta Del Monaco pag 55**

## **Le Diagnosi dai 0 ai 5 anni e traiettorie adulte?**

### **Il caso del Disturbo della regolazione del sistema di processazione sensoriale**

**di Roberto Ghiaccio**

La maturazione delle competenze di autoregolazione occupa un ruolo centrale per lo sviluppo dell'individuo in quanto espressione del cruciale incontro fra costituzionalità genetica ed ambiente, inteso nelle prime epoche di vita come sistema di interazione e coregolazione bambino-caregiver. Anomalie nell'acquisizione di tali competenze sono state identificate all'interno della Classificazione Diagnostica: 0-3 come uno specifico disturbo, il Disturbo della regolazione dei processi

sensoriali, per il quale sono tuttavia ancora limitati i dati inerenti le caratteristiche, i confini e l'evoluzione.

Non esiste alcuna descrizione o disposizione per la diagnosi dei disturbi della regolazione dell'elaborazione sensoriale nella *Classificazione statistica internazionale delle malattie (ICD-10)* o nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*. [ Questa diagnosi è una categoria nella *DC: 0-3R*, che è un manuale di classificazione diagnostica utilizzato frequentemente nella psicopatologia infantile. Nel 2003, l' *Infant Mental Health Journal* ha pubblicato un numero speciale dedicato alle classificazioni diagnostiche *DC: 0-3R* e ha osservato che esiste una controversia attiva

riguardo ai criteri diagnostici delle MR.

Questa diagnosi continua ad essere una delle più discusse all'interno della comunità scientifica. la letteratura infantile e un numero crescente di bambini ricevono la diagnosi Disturbi Regolatori dell'Elaborazione Sensoriale (RDSP) costituiscono una categoria diagnostica specifica nella Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi dello Sviluppo dell'Infanzia e della Prima Fanciullezza (DC:0-3R). Prima della revisione del 2005, questo gruppo veniva indicato come Disturbi Regolatori nella DC:0-3. Il motivo di questa revisione è stato quello di evidenziare l'importanza delle difficoltà di elaborazione sensoriale in questo disturbo. Questo cambiamento nella

nomenclatura ha portato ad un maggiore riconoscimento non solo delle difficoltà che ne derivano, ma anche di potenziali comorbidità e diagnosi differenziali, consentendo così un targeting più efficace degli interventi appropriati. I bambini con disturbi della regolazione mostrano costellazioni di sintomi specifici nei domini sensoriali, motori e comportamentali.

I loro sintomi sono spesso difficili da gestire per i genitori. Senza interventi adeguati, i bambini affetti da questi disturbi possono incontrare difficoltà crescenti nelle attività quotidiane tipiche che possono poi portare a ulteriori complicazioni come diminuzione dell'autostima, difficoltà persistenti con le attività motorie, maggiori difficoltà comportamentali e sociali e stigmatizzazione, con

sfide specifiche a seconda della loro capacità motoria. modello specifico di difficoltà.

Nelle neuroscienze, il termine integrazione sensoriale si riferisce alla convergenza delle informazioni nel cervello da uno o più domini sensoriali. Una recente sottospecialità delle neuroscienze e denominata integrazione multisensoriale (MSI) si riferisce al processo neurale che si verifica quando convergono gli input sensoriali provenienti da due o più modalità sensoriali diverse. Il disturbo dell'elaborazione sensoriale è una condizione eterogenea che comprende una varietà di sottotipi.

Gli individui con il disturbo hanno risposte alterate, elaborazione e/o organizzazione delle informazioni sensoriali che influenzano la partecipazione alle routine e alle attività

funzionali della vita quotidiana. Sebbene il campo clinico non sia completamente unificato su come definire i sottotipi di SPD, una nuova nosologia ipotizza sei sottotipi (Miller, 2009).

Recenti analisi delle caratteristiche e modelli matematici suggeriscono che questi sottotipi sono discreti, sebbene gli individui possano presentarsi con una combinazione di sottotipi.

La nuova nosologia propone tre categorie principali all'interno dell'SPD: disturbo della modulazione sensoriale (SMD), disturbo della discriminazione sensoriale e disturbo motorio su base sensoriale. La SMD si riferisce alla difficoltà di regolare le risposte alla stimolazione sensoriale e vengono proposti tre sottotipi: sensoriale iperreattivo (risponde troppo, troppo a lungo o a stimoli di debole

intensità); Sottoreattività sensoriale (risponde troppo poco o necessita di una stimolazione estremamente forte per diventare consapevole dello stimolo); e ricerca/craving sensoriale (risponde con un'intensa ricerca di stimoli maggiori o più forti).

Tutti e tre i sottotipi di modulazione hanno in comune la difficoltà di classificare o regolare le risposte agli stimoli sensoriali. All'interno del disturbo motorio sensoriale vengono proposti due sottotipi: disturbo posturale, che riflette problemi di equilibrio e stabilità centrale, e disprassia, che comprende difficoltà nella pianificazione motoria e nella sequenza dei movimenti. Il disturbo di discriminazione sensoriale si riferisce alla difficoltà di interpretare le caratteristiche specifiche degli stimoli sensoriali.

Il disturbo della discriminazione sensoriale può essere presente in uno qualsiasi dei sette sistemi sensoriali (cioè vestibolare, propriocettivo e nei cinque sensi fondamentali). I neonati con disturbi della regolazione dell'elaborazione sensoriale sono definiti come bambini che presentano uno schema prestabilito di risposte e comportamenti, osservabili nel tempo e in tutti i contesti, che interferiscono con la normale crescita e lo sviluppo. Per la diagnosi sono necessarie difficoltà nelle tre aree delle risposte sensoriali, motorie e comportamentali.

Possono essere presenti anche difficoltà fisiologiche che coinvolgono il sonno, l'alimentazione e l'eliminazione, nonché difficoltà nell'ambito del linguaggio (espressivo e



recettivo) e delle funzioni cognitive, ma questi problemi non sono inclusi come criteri diagnostici. I disturbi del sonno e dell'alimentazione nell'infanzia e nella prima infanzia sono molto comuni. Tuttavia, se si estendono oltre l'infanzia, possono costituire un disturbo specifico.

Cos'è il disturbo dell'elaborazione sensoriale?

Il disturbo dell'elaborazione sensoriale (SPD) è una condizione neurobiologica che interferisce con la capacità del corpo di ricevere messaggi dai sensi e di convertire tali messaggi in risposte motorie e comportamentali appropriate. Inibisce la capacità di una persona di filtrare informazioni sensoriali non importanti, come il rumore di fondo in un vivace bar, facendola

sentire sopraffatta e sovrastimolata in determinati ambienti. L'SPD interferisce anche con la capacità del corpo di elaborare e agire sulle informazioni ricevute dalla vista, dall'udito, dal tatto, dall'olfatto e dal gusto.

Non è raro sentirsi sopraffatti da conversazioni contrastanti o luci lampeggianti, ma per i bambini e gli adulti affetti da SPD, queste sensazioni interrompono e travolgono la vita di tutti i giorni. Negli studenti, può manifestarsi come lentezza nell'esecuzione o nell'apprendimento dei compiti a scuola, goffaggine o grafia disordinata, sensibilità a determinate sensazioni o tendenza a cercare stimoli eccessivi nel comportamento rude o nel muoversi velocemente.

Alcuni adulti affetti da SPD sperimentano la sensibilità con un solo



senso, mentre altri la riferiscono attraverso una combinazione di sensi. Altre persone affette da SPD affermano di sentirsi come se un'ombra fosse stata proiettata sul mondo, come se avessero disattivato i recettori sensoriali. Per questi malati, le capacità motorie e la postura possono essere influenzate. L'SPD colpisce uomini e donne di tutte le età e razze, sebbene venga più comunemente diagnosticato durante l'infanzia.

Alcuni esperti ritengono che fino al 10% dei bambini sperimenta qualche tipo di problema di elaborazione sensoriale. Oltre a ciò, le persone con ADHD, disturbi dello spettro autistico e sindrome dell'X fragile hanno molte più probabilità di sviluppare SPD.

Come per l'ADHD, le cause dell'SPD possono non essere chiare e

potrebbero essere genetiche, ma ci sono anche fattori estrinseci che possono mettere a rischio i bambini. Questi includono la deprivazione materna, la nascita prematura, la malnutrizione prenatale e l'assistenza istituzionale precoce. Avvolgere spesso un bambino, manipolarlo e interagire raramente e appoggiare il biberon per l'alimentazione priva il bambino della stimolazione che promuove l'integrazione sensoriale. Ciò potrebbe spiegare perché l'incidenza dell'SPD è maggiore tra i bambini adottati da orfanotrofi. Anche le infezioni ripetute dell'orecchio prima dei 2 anni possono aumentare il fattore di rischio

La questione dei sottotipi rappresenta il problema più grande nella valutazione di un bambino con disturbi della regolazione

dell'elaborazione sensoriale, poiché nella pratica clinica si incontrano frequentemente bambini con caratteristiche miste. Il sistema di classificazione diagnostica *DC: 0-3R* riconosce l'utilità delle classificazioni ma sottolinea anche che "in questa fase delle nostre conoscenze", il sistema non può "né fornire criteri dettagliati per i sottotipi di disturbi della regolazione dell'elaborazione sensoriale né specificare il numero di criteri [ all'interno di un sottotipo] necessari per la diagnosi. [ 3 ]

Tipo I: sottotipo ipersensibile: Questi neonati e bambini piccoli mostrano ipersensibilità a vari stimoli, che li rendono paurosi/cauti o negativi/provocatori. I bambini sono iperreattivi al tatto, al suono, agli stimoli visivi e agli input sensoriali che coinvolgono l'olfatto o il

gusto. Possono rifiutare il movimento e avere difficoltà con la pianificazione motoria e il gioco grosso-motorio. Le loro risposte estreme interferiscono con la cura di sé, il gioco e le attività di apprendimento. Le transizioni da un'attività all'altra possono scatenare ansia o reazioni negative.

Tipo II: sottotipo iposensibile / iporesponsivo: Questi bambini possono apparire egocentrici o ritirati e sono difficili da coinvolgere. Sono iporeattivi al suono, al gusto, all'olfatto, al tatto, agli stimoli visivi e alla propriocezione. Possono apparire distratti o tristi. In età prescolare, il bambino può dimostrare una gamma ridotta di fantasia e ricercare schemi sensoriali ripetitivi (che sono spesso dettati da peculiarità sensoriali). Questi tipi di risposte,

insieme alla mancanza di reattività del bambino verso l'ambiente e verso i coetanei o gli adulti, richiedono una differenziazione diagnostica per distinguere un bambino con RD da un bambino con ritardo dello sviluppo o autismo.

Tipo III: sottotipo impulsivo/ricerca di stimolazione sensoriale: Questo sottotipo è rappresentato più frequentemente nella popolazione riferita alla clinica. I neonati e i bambini piccoli presentano comportamenti impulsivi e disorganizzati nelle aree delle risposte motorie. Sono inclini agli incidenti, probabilmente a causa delle scarse capacità di pianificazione motoria. Questi bambini possono essere controfobici e aggredire i loro coetanei prima che questi possano essere aggressivi nei loro confronti. I loro

comportamenti di ricerca di attenzione e di ricerca impulsiva di stimoli imitano i bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Tuttavia, i genitori di bambini con RD riferiscono che i loro figli hanno dimostrato questi comportamenti fin dalla prima infanzia, mentre i genitori di bambini con ADHD spesso osservano che i comportamenti sono emersi solo una volta che i loro figli hanno iniziato a muoversi.

Come in ogni condizione, i disturbi della regolazione dell'elaborazione sensoriale possono coesistere con altri disturbi, come l'ADHD. Il sottotipo ipersensibile che è pauroso/cauto può anche avere un disturbo d'ansia da separazione, mentre il sottotipo ipersensibile che è negativo/provocatorio può anche avere un disturbo o p p o s i t i v o

provocatorio. Le risposte sensoriali, motorie e comportamentali del bambino con un disturbo della regolazione interagiscono con e aggravare i problemi presentati dai sintomi della diagnosi aggiuntiva.

Una questione clinica importante, indipendentemente dalla diagnosi, è se un disturbo della regolazione sia foriero di difficoltà successive nella vita di un bambino. Se sì, cosa si potrebbe fare per prevenire la progressione dei sintomi? Di certo è che ogni bambino e la sua famiglia sono un caso a se le cui esigenze richiedono personalizzazione, interventi mirati alla luce delle nuove evidenze ma anche del rispetto del vissuto.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision. Geneva, World

Health Organization; 1992.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. 943 pp.

Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood (DC:0-3R). Washington, DC: Zero to Three Press; 2005. 75 pp.

Guedeney N, Guedeney A, Rabouam C, et al. The Zero to Three diagnostic classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes. *Infant Ment Health J* 2003;24:313-336.

Reebye P, Stalker E. 5 years experience with parenting groups for children with regulatory disorders in British Columbia [poster]. Presented at the Early Years Conference,

Vancouver, BC, 28 January 2000.

Maldonado-Duran JM, Saucedo-Garcia J. Excessive crying in infants with regulatory disorders. *Bull Menninger Clin* 1996;60:1,62-78. [PubMed Abstract](#)

Becker K, Holtmann M, Laucht M, et al. Are regulatory problems in infancy precursors of late hyperkinetic symptoms? *Acta Paediatr* 2004;93:463-469. [PubMed Abstract](#)

Miller 2009 Perspectives on Sensory Processing Disorder: A Call for Translational Research, *Frontiers Diagnostic Classification, 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood*. Arlington, VA: Zero to Three/National Centre for Clinical Infant Programs; 1994. 134 pp.

DeGangi GA, Porges S,

Sickel RZ, et al. Four-year follow-up of regulatory disordered infants. *Infant Ment Health J* 1993;14:330-343.

DeGangi GA, Poisson S, Sickel RZ, et al. *The Infant/Toddler Symptom Checklist*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders; 1995.

Dunn W, Westman K. The sensory profile: The performance of a national sample of children without disabilities. *Am J Occup Ther* 1997;51:25-34. [PubMed Abstract](#)

Dunn W. The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and pragmatic considerations. The 2001 Eleanor Clarke Slagle Lecture. [http://spahp.creighton.edu/padilla/ECS\\_lectures/Lectures\\_Files/2001-Dunn...](http://spahp.creighton.edu/padilla/ECS_lectures/Lectures_Files/2001-Dunn...) (accessed 1 April 2007).

Bagnato SJ, Frances JS, Hunt M, et al. *Temperament and*

Atypical Behavior Scale:  
Early Childhood  
Indicators of  
Developmental  
Dysfunction [manual].  
Baltimore, MD: Brookes  
Publishing Company;  
1999. 128 pp.

1Greenspan SI, Weider  
S. The Child with  
Special Needs. Boston,  
MA: Addison-Wesley;  
1998. 496 pp.

Reebye P. The role of  
an infant psychiatrist in  
an ADHD Team [poster].  
Presented at the World  
Mental Health  
Conference, Tampere,  
Finland, 27 July 1996.

## **Tic e Sindrome di Tourette in età evolutiva di Anna Borriello, Francesca Dicè**

Quasi sconosciuta in Italia, sebbene colpisca circa un individuo su 100, ad accendere recentemente i riflettori sulla sindrome di Tourette, dal nome del neurologo francese Gilles Georges Albert Édouard Brutus de la Tourette che verso la fine dell'Ottocento la individuò e ne descrisse il quadro clinico, sono state alcune celebrità. In realtà, se facciamo un passo indietro nel tempo e torniamo al secolo scorso, ci accorgiamo di come le caratteristiche sintomatologiche e la molteplicità espressiva della Sindrome di Tourette abbiano da sempre attratto l'interesse degli studiosi tanto che, nel corso del carteggio fra lo studioso e scrittore Oliver Sacks (1986) ed il famoso neuropsicologo Lurija, questi affermò: *“La sindrome di Tourette..., è caratterizzata da un eccesso di energia nervosa... la comprensione di una tale sindrome amplierà*

*necessariamente, e di molto, la nostra comprensione della natura umana in generale... Non conosco nessun'altra sindrome che abbia un interesse paragonabile”*. Oggi la ST è divenuta oggetto di intense ricerche neurobiochimiche, genetiche, neurologiche, neuropsicologiche, cliniche e terapeutiche. Nel corso degli ultimi anni lo studio e la valutazione clinica della ST hanno ricevuto notevole attenzione da parte degli studiosi. Ed è proprio la grande mole di lavori scientifici sulla ST a testimoniare il profondo interesse che essa riveste per i ricercatori. Ma vediamo insieme nel dettaglio. La Sindrome di Tourette si configura come un disturbo evolutivo cronico, ad eziopatogenesi neurologica, caratterizzato dalla compresenza involontaria, quotidiana o intermittente, di tic multipli, motori e fonici, ad elevata variabilità inter ed intra individuale, che possono essere presenti simultaneamente o in periodi diversi nel corso della malattia. Per tic intendiamo dei



movimenti o suoni involontari, improvvisi, rapidi, ripetitivi ma non ritmici, privi di finalità che possono coinvolgere diverse parti del corpo e che si manifestano molte volte al giorno, in modo ricorrente, permangono per un periodo di tempo di almeno un anno, con eventuali intervalli liberi inferiori a tre mesi consecutivi.

Essi possono essere:

- vocali (suoni), come grugniti, vocalizzi, colpi di tosse o parole emesse ad alta voce;
- fisici (movimenti), come ripetuti saltelli, scatti improvvisi della testa, degli arti, smorfie di espressione del viso.

Le manifestazioni ticcose inoltre, si classificano in :

- semplici, come un piccolo movimento o l'emissione di un suono simile a un borbottio;
- complessi, come una serie di movimenti o l'espressione di frasi lunghe.

Tuttavia, pur essendo percepiti come non volontari dal soggetto, in genere essi sono preceduti o accompagnati da una sensazione di tensione

interna o somatica (pesantezza, leggerezza, calore, freschezza, prurito, pizzicore, etc.) e dal bisogno di effettuare il movimento. Il soggetto in genere avverte l'arrivo del tic e lo esegue automaticamente per ridurre la tensione e/o le percezioni sensoriali, che, sono localizzate di preferenza nella regione dove si manifesta il tic. Il repertorio e la severità dei tic associati alla ST possono variare significativamente tra i soggetti e anche nelle diverse fasi del ciclo di vita dello stesso individuo e vi è una tendenza al peggioramento durante i periodi di maggiore stress, ansia, stanchezza, malattia o eccitamento nervoso. La ST presenta sia oscillazioni sintomatologiche spontanee e remissioni temporanee, sia la scomparsa completa e permanente, più frequente durante l'adolescenza. La prognosi, che in passato veniva stimata tendenzialmente cronica (Shapiro et al. 1988) attualmente è stata riconsiderata. In particolare, la variabilità concerne non soltanto il distretto corporeo

coinvolto, la frequenza di comparsa e la durata dei tic, ma anche, e soprattutto, il loro impatto nella vita quotidiana. Tuttavia, spesso accade che, se i comportamenti ticcosi sono talmente lievi da non interferire con il funzionamento adattivo del soggetto, essi vengono erroneamente considerati delle cattive abitudini o dei vezzi (ad esempio, colpi di tosse, movimenti della spalla, torsione del collo) e non vengono sottoposti all'attenzione dei clinici; al contrario, quando i tic mettono a repentaglio l'incolumità della persona (ad esempio, tic di natura autolesiva, come la tendenza a sbattere la testa) o interferiscono con il funzionamento sociale del soggetto (ad esempio, emettere suoni gutturali simili ai latrati, toccare le persone, coprolalia), allora generalmente si ricorre al consulto del clinico. Generalmente, l'età di esordio tipica si colloca tra i 5 e i 7 anni d'età, comunque entro il decimo anno di età, con un range tra i 2 ed i 14 anni. Ad oggi, la sindrome di Tourette

ha una prevalenza di 1 individuo affetto su 100 con una frequenza nei soggetti di sesso maschile quattro volte superiore rispetto a quelli di sesso femminile. Il decorso naturale della sindrome risulta molto variabile e ciò impedisce una predizione precisa per ogni singolo caso, tuttavia i dati indicano che una sintomatologia moderata conduce ad una prognosi migliore. La ST trova nel periodo adolescenziale la sua manifestazione più evidente; in questa fase di transizione dove si sviluppa l'identità e la corporeità della persona, i ragazzi cercano maggiore affidamento nel gruppo dei pari, piuttosto che un sostegno da parte della famiglia, ed esperiscono maggiormente sentimenti d'inadeguatezza e diversità difficile da accettare, con conseguente acuirsi della sintomatologia e di conseguenza di vissuti di rabbia, aggressività e depressione. Al pari degli altri adolescenti, i giovani affetti dalla sindrome di Tourette affrontano il tema della loro autonomia e dell'accettazione da parte degli amici e dei

membri del sesso opposto. Per gli adolescenti l'identità, l'intimità romantica e sessuale, la separazione dai genitori e le scelte per il futuro sono i temi di sviluppo predominanti. Come per altri adolescenti con malattie croniche predominante è la speranza di ridurre le difficoltà in modo da non sentirsi deboli, svantaggiati o dipendenti. Dal momento che la sindrome presenta delle manifestazioni associate e molto intense, è inevitabile che le persone che circondano il soggetto si accorgano delle stesse e mostrino un atteggiamento che può variare fra imbarazzo, disgusto, compassione, paura e in ogni modo disagio. Questi tipi di riscontro producono nel soggetto depressione e, soprattutto in età adolescenziale, una sensazione di diversità dai pari e dagli adulti che accentua il loro stress, già a livelli eccessivi soprattutto in caso di comorbidità con ADHD, e di conseguenza la frequenza e la severità dei loro tic. Molte persone con la Sindrome di Tourette sperimentano ansia, bassa autostima e difficoltà

nelle interazioni sociali a causa del loro disturbo. L'esperienza di essere oggetto di sguardi indiscreti, stereotipi negativi o pregiudizi può anche contribuire al disagio psicologico associato alla condizione. Anche quando i genitori, il gruppo di pari e la scuola sono comprensivi e accoglienti nei loro confronti, gli adolescenti con sindrome di Tourette possono sentirsi fortemente diversi dai pari. Per alcuni ragazzi, a lungo andare, la costante vigilanza dei tic contro l'imbarazzo sociale isola, porta a sviluppare dei sintomi depressivi e plasma la personalità. Ancora oggi l'eziopatogenesi del disturbo non è del tutto nota; studi recenti dimostrano che l'interazione di fattori genetici e ambientali risulta nella disfunzione di alcuni circuiti cerebrali. La presenza di una predisposizione genetica sembra giocare un ruolo importante in alcuni casi di sindrome di Tourette che compaiono spesso all'interno della stessa famiglia. Ulteriori studi condotti su gemelli monozigoti indicano l'esistenza di una possibilità su

due che un gemello possa sviluppare la malattia se l'altro è malato. Delle varie teorie disponibili, non si esclude l'interazione di altre variabili: sociali, familiari, interpersonali, e una maggiore vulnerabilità biologica mediata da fattori non genetici (eventi stressanti, stress in gravidanza, traumi, infezioni, esposizione a sostanze tossiche e farmaci, anossia, ormoni sessuali, ridotto peso alla nascita). Inoltre, è stato dimostrato che alcuni fattori psicoambientali hanno una certa rilevanza nella persistenza e gravità del disturbo; tra questi sono annoverate la comprensione ed il grado di accettazione del soggetto e degli altri della sintomatologia; il supporto familiare e sociale; la severità clinica; le risorse personali; i precedenti fallimenti terapeutici; le problematiche e difficoltà considerate insormontabili dal soggetto; il progressivo isolamento ed il percepirsi privi di controllo. Tutti questi aspetti possono condurre a stati ansiosi e/o depressivi molto gravi ed alla necessità di un intervento immediato. In aggiunta a tali

aspetti, la difficoltà di controllo dei movimenti, delle espressioni verbali, dei pensieri, dei comportamenti, sono fonte di ansia, rabbia, senso di impotenza, colpa e vergogna; e l'ulteriore presenza di queste componenti crea un circolo vizioso che viene ulteriormente aggravato sia dalle precedenti esperienze vissute dal soggetto che dai tentativi non riusciti di porvi rimedio. I primi studi longitudinali e trasversali sulla ST hanno suggerito che tale disturbo è infatti sensibile allo stress psicosociale (Findley et al., 2003). I dati raccolti dalle osservazioni cliniche evidenziano come i sintomi ossessivo-compulsivi, il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) ed il Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (DDAI) sono di frequente associati alla Sindrome di Tourette, suggerendo una correlazione eziologica dei tre disturbi. In aggiunta, la sindrome di Tourette è spesso associata a problemi psicologici e comportamentali, così come a difficoltà di

apprendimento. I bambini presentano spesso un'elevata difficoltà nell'instaurare rapporti profondi con i pari in quanto appaiono introversi e aggressivi. Tuttavia, il livello di intelligenza delle persone con la ST non appare in alcun modo compromesso. Pertanto, oltre ai sintomi motori e vocali, la Sindrome di Tourette può avere un impatto significativo sulla salute mentale e sul benessere psicologico degli individui che ne sono affetti. Ad oggi, la gestione della sindrome di Tourette richiede un approccio multidisciplinare che può includere interventi integrati psicologici, farmacologici e di supporto alla famiglia. È fondamentale che il trattamento sia personalizzato in base alle esigenze specifiche di ciascun individuo e che sia valutato regolarmente per apportare eventuali modifiche necessarie. Nel bambino soprattutto va considerata anche la collaborazione familiare ed il grado in cui il disturbo può interferire con il normale sviluppo e adattamento psicosociale;

mentre, nell'adulto non vanno sottovalutate le difficoltà sociali e lavorative incontrate nella vita quotidiana. Ad oggi, si ritiene che i programmi di intervento debbano contenere una accurata analisi funzionale (valutazione delle capacità reali e delle difficoltà del soggetto, analisi degli avvenimenti che precedono e seguono il comportamento disadattivo, situazioni o condizioni in cui il comportamento si manifesta) perseguendo l'obiettivo di identificare le aree problematiche, il controllo del comportamento e dell'attività muscolare, oltre che delle valutazioni cognitive e delle strategie di coping. Attualmente le Linee Guida Europee suggeriscono un primo approccio terapeutico basato sulla [terapia cognitivo-comportamentale](#), talvolta associato alla terapia farmacologica (per ridurre la frequenza e la gravità dei tic), risulta essere di stampo cognitivo-comportamentale (TCC) che si rifa ai principi di elaborazione attiva, di apprendimento e di condizionamento, sebbene

non consenta di comprendere esattamente le modalità di insorgenza del disturbo. La terapia comportamentale rappresenta, ad oggi, il gold standard di intervento in questi pazienti. In linea con tale filone di pensiero, è possibile affermare che 1) trovando il modo di far comprendere ed esternare gradualmente al paziente le proprie difficoltà, emozioni, pensieri, desideri, aspettative, opinioni e motivazioni; 2) facendogli scaricare ansie e tensioni; 3) aiutandolo ad individuare i fattori che stimolano e mantengono la sua condizione; 4) suggerendo nuovi modelli mentali/comportamentali e rafforzandone alcuni; si raggiungono risultati inaspettati. Due modalità di terapia cognitivo-comportamentale hanno dimostrato una certa efficacia nel ridurre l'impatto e l'intensità dei tic in un certo numero di malati:

- l'inversione di abitudine, terapia che comporta il controllo della modalità e della frequenza della comparsa dei tic e

individua eventuali sensazioni che li attivano, o li precedono. Lo stadio successivo consiste nel tentare di mettere in atto una strategia alternativa che passi maggiormente inosservata e non provochi disagio al malato. L'atto o il comportamento, noto come risposta concorrente, deve alleviare le sensazioni che causano un tic (note come sensazioni premonitrici);

- l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP), terapia che consiste nell'esporre gradatamente il malato al desiderio di mettere in atto determinati tic e di abituarlo a mantenere uno stato di controllo per tempi via via sempre maggiori. Il fine ultimo è che il malato impari a resistere il più a lungo possibile all'impulso dei tic. In teoria, abituarsi progressivamente alla



sensazione legata all'urgenza di esprimere un tic, permette di controllarne il bisogno e di attenuare l'ansia collegata.

Dunque, la prima fase consiste nel monitorare il tipo e la frequenza dei tic, e nell'individuare eventuali sensazioni che li attivino. Lo stadio successivo prevede di identificare una strategia alternativa per evitare che sia necessaria la manifestazione del tic per alleviare le sensazioni premonitrici sgradevoli. Tale strategia si basa sull'individuazione di comportamenti noti come risposta concorrente. L'inversione di abitudine è spesso combinata con la terapia di rilassamento. Le tecniche di rilassamento, come la respirazione profonda o la visualizzazione (pensare a qualcosa di piacevole), possono aiutare a prevenire sentimenti di stress e ansia che, spesso, possono peggiorare i tic. L'esposizione e la prevenzione della risposta (ERP) costituiscono una modalità di terapia comportamentale che prevede

lo sviluppo di una resistenza sempre maggiore al desiderio di esprimere il tic. La procedura si basa sulla teoria che una persona malata possa abituarsi progressivamente alla sensazione legata al bisogno di mostrare un tic e, di conseguenza, sia il desiderio del tic che l'ansia correlata, man mano si affievoliscano. In linea con tale teoria, si ritiene opportuno tener conto di come l'età scolare rappresenti un periodo estremamente importante per lo sviluppo psicologico del fanciullo ed estremamente proficuo intellettivamente, perciò si configura come momento maggiormente adatto per inserire progressivamente (dopo aver fornito gli strumenti) nuovi schemi mentali, sempre più complessi, per formare ed allenare il fanciullo ad utilizzarli automaticamente, affinché durante la crescita e soprattutto da adulto, non debba sforzarsi enormemente per programmare ciò che invece possiede già come struttura. E' questo il momento in cui va offerto al bambino il massimo, dal punto di vista



cognitivo, scolastico, educativo, affettivo, allenandolo ad una visione sempre più ampia e complessa delle cose, rendendole in tale modo più accessibili e semplici. La terapia cognitivo-comportamentale è una tecnica di indiscussa validità nel trattamento della ST, sebbene tuttavia chiarisca solamente alcuni aspetti dello stato ticcoso e non permettono di trovare una spiegazione esaustiva sull'esordio, la durata o la scomparsa dei tic. Sia il meccanismo di apprendimento e di rinforzo che il paradigma stimolo-risposta, riescono a spiegare solo alcune fasi del processo, come la tendenza ad associare i vari eventi e a ripetere i tic per ridurre la tensione; mentre, l'interpretazione cognitiva degli eventi, mediante schemi mentali, pensieri automatici, considerazioni soggettive, danno ragione delle sequenze intellettive a monte dei comportamenti. Talvolta i tic o le comorbidity interferiscono significativamente con le attività quotidiane, scolastiche

o con la vita sociale dei soggetti; altre volte è facile riscontrare nei soggetti ulteriori difficoltà psicologiche e comportamentali come: labilità emotiva, disturbi dell'apprendimento, disturbi ansiosi, depressione, disturbi del sonno, disturbo oppositivo, ostilità, e negli adulti un tasso elevato di disturbi di personalità, causando malessere e/o compromissione significativa dell'area sociale e lavorativa. A tal riguardo numerose ricerche hanno evidenziato come la ST abbia una risonanza notevole nella qualità di vita dei bambini che ne sono affetti, con effetti significativi sullo sviluppo affettivo e relazionale. La ST può influenzare più o meno severamente diversi aspetti della vita di un individuo, a seconda della gravità, delle caratteristiche cliniche associate e della presenza di patologie coesistenti. A tal riguardo si rivela opportuno, in termini di trattamento, avvalersi di tecniche di psicoeducazione che consentano di elaborare strategie di coping adeguate e di fornire corrette informazioni

all'ambiente sociale in cui è inserito il bambino. Infine, è opportuno porre l'accento su un ulteriore aspetto cruciale che concerne la gestione della Sindrome di Tourette, ovvero la necessità di promuovere e favorire l'accettazione ed il supporto sia da parte dell'individuo che della comunità circostante. Educare sulla natura del disturbo e ridurre lo stigma associato possono contribuire a creare un ambiente più favorevole per coloro che ne sono affetti. Il sostegno delle famiglie, degli amici e degli educatori è fondamentale per aiutare gli individui con la Sindrome di Tourette a sviluppare una sana autostima e a sentirsi accettati e supportati nella loro comunità. In conclusione, la Sindrome di Tourette si configura come una condizione complessa che va oltre i tic motori e vocali evidenti. L'impatto psicologico della malattia può essere significativo e richiede un approccio olistico che tenga conto non solo dei sintomi fisici, ma anche delle sfide emotive e sociali che gli individui affrontano

quotidianamente. Con un trattamento mirato, sostegno sociale e accettazione, le persone con la Sindrome di Tourette possono vivere una vita piena e soddisfacente, realizzando il loro potenziale nonostante le sfide che affrontano.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Blotch MH, Leckman JF. Clinical course of Tourette syndrome. *J Psychosom Res.* 2009; 67(6):497–501.
- Claussen AH, Bitsko RH, Holbrook JR, Bloomfield J, Giordano K. Impact of Tourette syndrome on school measures in a nationally representative sample. *J Dev Behav Pediatr.* 2018;39(4):335–342.
- Douglas W. Woods, John C. Piacentini, John T. Walkup (a cura di).

- (2007) Treating Tourette Syndrome and Tic Disorders: A Guide for Practitioners. THE GUILFORD PRESS New York, London.
- Hartmann, A., Deniau, E., Czerniecki, V., Negovanska, V., d'Harcourt, S., Depienne, C., & Worbe, Y. (2018). Tic e sindrome di Gilles de la Tourette. *EMC-Neurologia*, 18(2), 1-12.
  - Hirschtritt ME, Lee PC, Pauls DL, Dion Y, Grados MA, Illmann C, et al.; Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):325–333.
  - Kumar A, Trescher W, Byler D. Tourette syndrome and comorbid neuropsychiatric conditions. *Curr Dev Disord Rep*. 2016;3(4):217–221.
  - Kurlan RM. Treatment of Tourette syndrome. *Neurotherapeutics*. 2014;11(1):161–165.
  - Leckman JF, Zhang H, Vitale A, Lahnin F, Lynch K, Bondi C, et al. Course of tic severity in Tourette syndrome: the first two decades. *Pediatrics*. 1998;102(1 Pt 1):14–19.
  - Martino D, Ganos C, Pringsheim TM. Tourette syndrome and chronic tic disorders: the clinical spectrum beyond tics. *Int Rev Neurobiol*. 2017;134:1461–1490.
  - Mercuriu M., I disturbi da Tic e la Sindrome di Tourette. (2016). In L. Isola, G. Romano, F. Mancini (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Nuovi sviluppi. Franco Angeli. Milano.
  - Piacentini J., Walkup J. T. (2007), *Treating Tourette Syndrome and Tic Disorders: A Guide for*

Practitioners. Guilford Press

- Pringsheim T, Okun MS, Müller-Vahl K, Martino D, Jankovic J, Cavanna AE, et al. Practice guideline recommendations summary: treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders. *Neurology*. 2019;92(19):896–906.
- Robertson, M. M., Eapen, V., Singer, H. S., Martino, D., Scharf, J. M., Paschou, P., & Leckman, J. F. (2017). Gilles de la Tourette syndrome. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-20.
- Robakis, D. (2017). How much do we know about adult-onset primary tics? *Prevalence, epidemiology, and clinical features. Tremor and Other Hyperkinetic Movements*, 7.
- Scharf JM, Miller LL, Gauvin CA, Alabiso J, Mathews CA, Ben-Shlomo Y. Population prevalence of Tourette syndrome: a systematic

review and meta-analysis. *Mov Disord*. 2015;30(2):221–228.

## **Nuove Frontiere nelle Manipolazioni Mentali di Antonia Bellucci**

### **Introduzione**

Le manipolazioni mentali sono pratiche che influenzano il pensiero, le emozioni e il comportamento delle persone. Con l'avvento delle nuove tecnologie e delle dinamiche sociali complesse, le forme di manipolazione mentale stanno assumendo nuove sfaccettature ed implicazioni. Questo articolo esplora le nuove frontiere delle manipolazioni mentali nell'ambito della psicologia contemporanea.

### **Manipolazioni Mentali nel Contesto Digitale: nuove Tecniche di Persuasione Online**

L'avvento dei social media e delle piattaforme digitali ha introdotto nuove tecniche di persuasione e manipolazione mentale.

Queste piattaforme raccolgono una vasta quantità di informazioni sugli utenti, che vengono poi analizzate al

fine di restituire contenuti personalizzati.

La fase dell'analisi delle informazioni degli utenti è un passaggio chiave di questo processo che viene condotto attraverso particolari algoritmi progettati e sviluppati, dai social media, per esaminare i comportamenti online degli utenti, attraverso i "like", i commenti, le condivisioni e le visualizzazioni, con lo scopo di comprendere meglio i loro interessi, preferenze ed opinioni. Utilizzando queste informazioni, gli algoritmi creano un "ecosistema informativo" attraverso cui sviluppano un modello digitale che restituirà contenuti "personalizzati" per ciascun individuo.

Questo processo di personalizzazione dei contenuti può avere inevitabilmente un impatto significativo sulle opinioni ed i comportamenti stessi degli utenti. Gli studi, infatti, hanno dimostrato che la presentazione selettiva di contenuti può influenzare le opinioni degli utenti su determinati argomenti, rafforzando le loro convinzioni

preesistenti o esponendoli a nuove prospettive: ad esempio, un utente, esposto nel tempo principalmente a contenuti che sostengono una certa compagine politica, può diventare sempre più convinto di quella posizione nonostante la totale assenza di informazioni e/o spunti di riflessione circa punti di vista differenti da quelli proposti dalle piattaforme social.

Inoltre, gli algoritmi dei social media possono sfruttare una serie di tecniche psicologiche per massimizzare l'engagement degli utenti ed influenzare i loro comportamenti: queste tecniche includono la creazione di contenuti emotivamente coinvolgenti, la presentazione selettiva di informazioni che confermano le opinioni degli utenti e la manipolazione delle notizie e delle informazioni per generare reazioni emotive intense.

Infine, è importante sottolineare che il potere degli algoritmi dei social media va oltre la semplice personalizzazione dei contenuti, visto che possono

anche influenzare la visibilità e la diffusione dei contenuti, determinando quali messaggi vengono mostrati agli utenti e in che ordine. Questo può avere un ulteriore impatto significativo sulle opinioni ed i comportamenti degli utenti, in quanto i contenuti che ricevono maggiore visibilità hanno una maggiore probabilità di essere accettati e condivisi dagli utenti stessi.

Tutte queste "strategie" si uniscono ad altri elementi.

Innanzitutto la diffusione di disinformazione e fake news online rappresenta una forma subdola di manipolazione mentale, poiché queste informazioni distorte possono influenzare le percezioni e le decisioni delle persone, minando la fiducia nella verità e nell'obiettività.

Le fake news sono informazioni false, fuorvianti o deliberatamente distorte che vengono diffuse attraverso i mezzi di comunicazione digitale, compresi i social media, i siti web e le piattaforme di messaggistica; una delle caratteristiche più pericolose delle fake news è la

loro capacità di influenzare le percezioni e le opinioni delle persone, minando la fiducia nella verità e nell'obiettività delle informazioni. Esse spesso si presentano come notizie credibili e affidabili, utilizzando fonti apparentemente autorevoli e dettagliate ma sono spesso completamente inventate o basate su dati manipolati o fuorvianti.

L'efficacia delle fake news nella manipolazione mentale è dovuta in parte alla tendenza delle persone a credere alle informazioni che confermano le loro opinioni preesistenti, un fenomeno noto come "conferma del pregiudizio": gli individui tendono a selezionare e interpretare le informazioni in modo selettivo, prestando maggiore attenzione a quelle che confermano le loro convinzioni e ignorando o minimizzando quelle che le contraddicono. Le fake news sfruttano questa tendenza, presentando informazioni che risuonano con le convinzioni e le paure degli individui, anche se non sono supportate da evidenze empiriche o fattuali.

Inoltre, le fake news possono diffondersi rapidamente e ampiamente attraverso i social media e altre piattaforme digitali, grazie alla loro natura virale e alla facilità con cui possono essere condivise e ricondivise dagli utenti: questo amplifica ulteriormente il loro impatto sulla percezione pubblica e sulla formazione dell'opinione, poiché le persone possono essere esposte ripetutamente alle stesse informazioni false da fonti multiple.

Le conseguenze della diffusione di fake news possono essere gravi e durature.

Da non sottovalutare, inoltre, il ruolo del marketing e della pubblicità, canali che utilizzano strategie psicologiche sofisticate per influenzare le scelte dei consumatori; tecniche come il condizionamento classico e operante vengono impiegate per creare associazioni positive con i prodotti e generare desiderio e acquisti impulsivi.

Il marketing e la pubblicità giocano un ruolo significativo nell'influenzare le scelte dei



consumatori attraverso l'uso di strategie psicologiche sofisticate che si basano sulla comprensione delle motivazioni, delle emozioni e dei comportamenti umani, e mirano a creare associazioni positive con i prodotti o i marchi pubblicizzati.

Come già anticipato, una delle tecniche psicologiche più comunemente utilizzata nel marketing e nella pubblicità è il condizionamento classico, un concetto introdotto da Ivan Pavlov nel suo famoso esperimento sui cani.

Nel condizionamento classico, uno stimolo neutro viene associato ripetutamente a uno stimolo positivo o desiderabile, fino a che il solo stimolo neutro è in grado di evocare la stessa risposta desiderata. Nella pubblicità, questo può significare associare un prodotto o un marchio a emozioni positive, esperienze gratificanti o aspirazioni di vita, in modo che i consumatori sviluppino una reazione emotiva positiva ogni volta che entrano in contatto con quel prodotto o marchio.

Oltre al condizionamento classico, il marketing e la

pubblicità utilizzano anche il condizionamento operante, una teoria sviluppata da B.F. Skinner che si basa sulla manipolazione delle conseguenze dei comportamenti per influenzare la loro frequenza futura. Ad esempio, le pubblicità possono offrire ricompense immediate o gratificazioni per l'acquisto di un prodotto, come sconti speciali, regali gratuiti o la promessa di uno stato di benessere o successo; queste ricompense funzionano come rinforzi positivi, aumentando la probabilità che i consumatori ripetano l'acquisto in futuro.

Inoltre, il marketing e la pubblicità sfruttano anche una serie di altre tecniche psicologiche per influenzare le scelte dei consumatori: il ricorso a influencer e testimonial famosi per aumentare l'attrattiva del prodotto, l'uso di colori, suoni e immagini accattivanti per catturare l'attenzione degli spettatori, e la creazione di narrazioni coinvolgenti e storie che si collegano emotivamente con il pubblico.

Tutte queste tecniche sono progettate per creare una connessione emotiva tra i consumatori e i prodotti pubblicizzati, stimolare il desiderio e l'impulso all'acquisto e influenzare così le loro decisioni di acquisto. È importante sottolineare che, sebbene queste strategie possano essere estremamente efficaci nel generare vendite e aumentare il successo commerciale, possono anche sollevare questioni etiche riguardo alla manipolazione dei consumatori e al rispetto della loro libertà di scelta e autonomia decisionale.

### **Implicazioni Etiche e Sociali delle Nuove Manipolazioni Mentali**

Le pratiche di manipolazione mentale nel contesto digitale sollevano importanti preoccupazioni riguardo alla privacy e alla sicurezza degli individui: la raccolta e l'analisi dei dati personali possono essere utilizzate per manipolare le persone senza il loro consenso informato.

Tutto ciò può accadere perché le manipolazioni mentali minacciano l'autodeterminazione e la libera scelta delle persone, limitando la loro capacità di pensare criticamente e prendere decisioni autonome. Questo solleva importanti interrogativi etici sulle pratiche di persuasione e manipolazione nell'era digitale.

Le nuove pratiche di manipolazione mentale nel contesto digitale hanno conseguenze significative sia a breve che a lungo termine, che influenzano profondamente la psicologia individuale e collettiva. A breve termine, queste pratiche possono portare a una serie di effetti immediati sulle percezioni, le emozioni e i comportamenti degli individui. Tuttavia, le conseguenze a lungo termine possono essere ancora più pervasive, influenzando l'autodeterminazione, la fiducia nella verità e nell'obiettività e il funzionamento della società nel suo complesso.

A breve termine, le nuove pratiche di manipolazione mentale nel contesto digitale possono portare a un aumento dello stress, dell'ansia e della confusione tra gli individui; le persone possono sentirsi sopraffatte dalla quantità di informazioni e stimoli che ricevono online, e possono essere soggette a una costante pressione per conformarsi agli standard sociali e alle aspettative degli altri, possono generare anche sentimenti di rabbia, frustrazione e impotenza quando le persone si rendono conto di essere state ingannate o manipolate.

A lungo termine, le conseguenze delle pratiche di manipolazione mentale nel contesto digitale possono essere ancora più preoccupanti: queste pratiche minano la capacità di pensare criticamente e prendere decisioni autonome, creano dipendenza dai media digitali per l'approvvigionamento di informazioni e la formazione di opinioni, causando la perdita della capacità di valutare in modo critico le fonti e le notizie che incontrano.

Infine, le pratiche di manipolazione mentale nel contesto digitale possono avere effetti duraturi sulla psicologia individuale e collettiva: si tende a sviluppare una maggiore sensibilità alla manipolazione e al controllo, diventando più diffidenti e cauti nei confronti delle informazioni e delle persone che si incontrano online. Questo può portare a una maggiore polarizzazione delle opinioni e alla formazione di "echo chambre" o "filter bubbles", in cui le persone sono esposte principalmente a contenuti che confermano le loro convinzioni preesistenti, limitando così il dialogo e il confronto tra punti di vista diversi.

È essenziale essere consapevoli di queste conseguenze e sviluppare capacità critiche per valutare in modo critico le informazioni che riceviamo online, al fine di proteggere la autodeterminazione e preservare la fiducia nella verità e obiettività di qualunque informazione e notizia.

L'avvento delle nuove tecnologie e delle dinamiche sociali complesse ha reso le manipolazioni mentali un tema di crescente rilevanza nella psicologia contemporanea: è fondamentale comprendere le implicazioni etiche e sociali di queste pratiche e sviluppare strategie per proteggere la libertà e l'autonomia individuale.

### Riferimenti Bibliografici

- Allcott, H., & Gentzkow, M. (2017). Social media and fake news in the 2016 election. *Journal of Economic Perspectives*, 31(2), 211-236.
- Bessi, A., & Ferrara, E. (2020). Social bots distort the 2016 U.S. Presidential election online discussion. *First Monday*, 25(11).
- Cialdini, R. B. (2009). *Influence: Science and practice*. Pearson Education.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Macmillan.
- Kotler, P., Keller, K. L., & Brady, M. (2012). *Marketing management*. Pearson Education.
- Lewandowsky, S., Ecker, U. K., & Cook, J. (2017). Beyond misinformation: Understanding and coping with the "post-truth" era. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 353-369.
- Pennycook, G., & Rand, D. G. (2021). Fighting misinformation on social media using crowdsourced judgments of news source quality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(14), e1925451118.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2010). *Consumer behavior*. Pearson Education India.
- Solomon, M. R. (2016). *Consumer behavior: Buying, having, and being*. Pearson.
- Sunstein, C. R. (2017). *#Republic: Divided democracy in the age of social media*. Princeton University Press
- Tufekci, Z. (2018). *Twitter and Tear Gas: The Power and Fragility of Networked Protest*. Yale University Press.
- Zuboff, S. (2019). *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*. PublicAffairs.

## **Psicopatologia del borderline**

**di Daniela Di Martino**

La condizione del soggetto border è da sempre di grande interesse per la psicologia clinica e per la psichiatria a causa delle manifestazioni sintomatologiche, spesso riconducibili a diversi disturbi mentali. Ha una fenomenologia che sembra apparentemente sfuggente e caotica; il border oscilla imprevedibilmente tra estremi opposti e talvolta reagisce in modo parossistico alle vicende umane, alternando vertiginosamente gioia e dolore, generosità e chiusura, in modi che confondono l'osservatore e conferiscono al soggetto stesso un vissuto di svuotamento e mancanza di senso. In realtà è possibile invece individuare proprio nello stato borderline (ossia di confine) la condizione

esistenziale di base di questi pazienti: il fondo psichico naturale del border è caratterizzato dalla difficoltà, dolorosa ed estenuante, a connettere l'insieme delle vicende vissute in una esperienza soggettiva, esclusiva, cioè autonarrata in una trama viva e personale, che sia in grado di dare senso e continuità esistenziali.

In generale è molto raro trovare una diagnosi di Disturbo di personalità "pura", infatti è sempre probabile che ci sia una diagnosi su più assi o contaminazioni sullo stesso asse del DSM. Queste comorbilità sono particolarmente presenti all'interno del disturbo Border; nella quasi totalità dei casi si osserva infatti una forte eterogeneità sintomatologica. Tale eterogeneità è spesso il motivo da cui derivano sia le difficoltà d' inquadramento

diagnostico, sia i problemi nelle indicazioni terapeutiche. La molteplicità sintomatologica del paziente Borderline è il motivo principale per cui gli studiosi sono dovuti arrivare ad un confronto e ad una convergenza tra modelli teorici diversi (modello psicodinamico e approccio cognitivo-comportamentale) per giungere ad identificare più sottotipi di disturbo, con caratteristiche specifiche in termini di funzionamento mentale.

Si riportano i 3 livelli di funzionamento che esemplificano l'eterogeneità della popolazione clinica dei border e la raggruppano in aree di maggiore o minore gravità:

- il 1° livello è essenzialmente caratterizzato da disturbi nell'area dell'identità, i sintomi principali sono: sensazioni di vuoto e noia, diffusione

d'identità, paura dell'abbandono. Questo è il livello di funzionamento più alto del border e quindi nello spazio terapeutico si può pensare ad un aumento delle competenze interpretive (orientamento psicodinamico) o ad una ristrutturazione che passa per l'autoriflessione sui propri schemi cognitivi.

- il 2° livello è contraddistinto dal problema della disregolazione emozionale-affettiva, i sintomi sono: comportamenti autolesivi importanti, problemi nel controllo della rabbia (modulazione delle emozioni), problemi di labilità dell'umore con conseguenti relazioni interpersonali incostanti, disturbate e caotiche. I pazienti con questo profilo di personalità tendono ad una forte discontinuità nel trattamento e di conseguenza

il numero di drop-out è maggiore.

- il 3° gruppo è il più grave ed il problema centrale è nell'area dell'impulsività, quindi la psicoterapia di sostegno e supporto in modalità continuativa diventa l'indicazione di trattamento più appropriata.

Concludendo il paziente con Disturbo Borderline deve necessariamente prevedere un trattamento multidisciplinare e un approccio complesso. In quest'ottica la terapia multisetting risulta essere la più efficace; la pluralità degli interventi è, infatti, in grado di rispondere meglio all'urgenza delle caotiche richieste che il tipo di paziente pone. Non resta che auspicarci la fondazione di un modello di intervento con setting multipli nella cura del paziente border

che sia empiricamente fondato (e testato). Oggi più che mai, considerando i cambiamenti sociali che inevitabilmente impattano sui pazienti Border, è necessario che i terapeuti operino in setting multipli, sia nel pubblico che nel privato, al fine di garantire una continuità e pluralità di interventi, soprattutto tenendo conto che la maggioranza dei pazienti Border ha una grave compromissione del funzionamento globale che impatta a livello sociale, familiare e individuale.

### Bibliografia

ADLER A.(1949) "Prassi e Teoria della psicologia individuale" Ed. Astrolabio

FONAGY PETER (1997) "Attaccamento, sviluppo del sé e sua patologia nei disturbi di personalità" Articolo pubblicato su PSYCHOMEDIA in Maffei



et AA “Trattamento dei disturbi di personalità”

LIOTTI G. (1999) “Il nucleo del disturbo borderline di personalità : un’ipotesi integrativa in psicoterapia” ed. Franco Angeli

LIOTTI G. (1993) “Le discontinuità della coscienza” Ed. Franco Angeli

## L'importanza dei gruppi Balint e il loro sviluppo in Italia

di Ilenia Gregorio

I Gruppi Balint – così chiamati dal nome del loro ideatore, Michael Balint – sono un metodo di lavoro di gruppo destinato ai medici e agli operatori delle professioni di cura e d'aiuto, che ha come obiettivi la formazione psicologica alla relazione con il paziente, la “manutenzione del ruolo curante” e la promozione del benessere lavorativo.

Nato a Budapest nel 1896, Michael Balint, figlio di un medico di famiglia, dopo la laurea in medicina lavorò per qualche anno nel campo della biochimica. Formatosi al metodo analitico con Sandor Ferenczi, un allievo di Freud, lavorò a Budapest come analista fino al 1939 e poi si trasferì in Inghilterra come rifugiato. Alla fine della guerra entrò a far parte dello staff della Tavistock Clinic di Londra, dove a partire dai primi anni '50 iniziò, insieme con la seconda moglie, Enid,

ad occuparsi della formazione dei General Practitioner: nacquero così i gruppi di training che presero il suo nome, i Gruppi Balint. Nel 1957 uscì il suo libro più importante, *Medico Paziente e Malattia*, e da allora la formazione dei medici di famiglia inglesi venne profondamente influenzata dal suo metodo.

I Gruppi Balint rappresentano una metodologia collaudata di formazione di gruppo, creata originariamente per l'addestramento psicologico dei medici di famiglia e adattata successivamente ad altre figure professionali. Nata all'interno di un modello delle cure fondato sul rapporto a due **curante/paziente**, è venuta nel tempo ampiamente **trasformandosi** e rimodellandosi per rispondere ai profondi mutamenti che nel corso degli ultimi decenni hanno cambiato il volto della medicina, delle cure primarie e del welfare, e che nel lavoro del medico di famiglia hanno gradualmente trasformato la **relazione di cura** in un **insieme di relazioni di coppia, di gruppo e di rete**,

più complesse e più impegnative sia in termini professionali che per i loro costi emotivi.

Gli obiettivi che il metodo Balint si propone possono essere riassunti in quattro punti:

- Miglioramento della relazione di cura
- Manutenzione del ruolo curante
- Protezione del benessere lavorativo del professionista
- Addestramento al lavoro di gruppo

I risultati attesi sono:

- l'individuazione dei fattori emozionali operanti nella relazione e riconoscimento del loro ruolo nei processi di diagnosi e cura (elementi di solito poco affrontati nei corsi di formazione);
- il miglioramento della capacità di lavorare in gruppo, ovvero di **c r e s c e r e** professionalmente

imparando dalle proprie esperienze e da quelle degli altri, e di cooperare attraverso la gestione delle differenze personali e professionali e il controllo dei conflitti;

- il miglioramento della qualità della **c o m u n i c a z i o n e**, particolarmente cruciale in un'epoca caratterizzata dal sovraccarico delle informazioni e dal trionfo delle tecnologie, a spese del "sistema umano di erogazione delle cure" e con una **c r e s c e n t e** disumanizzazione della medicina.

Il metodo Balint non si propone come uno strumento di management sanitario o di ottimizzazione delle risorse e nemmeno mira a trasformare medici e infermieri in psichiatri o psicoterapeuti; tuttavia, tra le ricadute positive che sono state osservate figurano anche importanti miglioramenti nel sistema delle cure:

- nel riconoscere e gestire con più efficacia l'errore e il rischio (per effetto della riduzione dell'ansia e del miglioramento delle relazioni collaborative)
- nell'utilizzare meglio le risorse economiche (poiché una buona alleanza medico-paziente riduce la domanda e il ricorso a terapie e indagini inappropriate, cioè a una "medicina difensiva")
- nel ridurre i fattori di stress lavorativo e di burn-out, aiutando i professionisti a prendersi cura con più soddisfazione dei loro abituali pazienti.

Solitamente, i gruppi Balint, sono formati mediamente da 6-12 partecipanti, centrati non tanto sulle dinamiche gruppali ma essenzialmente sulla discussione collettiva di un caso clinico "problematico" presentato da un partecipante, con l'aiuto di uno o due conduttori. La discussione non verte primariamente sugli aspetti tecnici del trattamento

come nelle clinical conference o nelle supervisioni, ma sull'esperienza emotiva della relazione di cura da parte dei suoi protagonisti.

I gruppi hanno cadenze prefissate, di solito quindicinali, durano circa un'ora e mezza e si protraggono nel tempo in media per un paio d'anni. La partecipazione, preferibilmente su base volontaria, può essere subordinata a una qualche forma di preselezione. Il materiale di discussione è costituito dal libero resoconto di un caso clinico o una situazione istituzionale recenti che abbiano presentato delle difficoltà o abbiano creato disagio al curante. La continuità del gruppo permette di seguire l'evoluzione dei casi presentati e di verificare nel tempo le ipotesi diagnostiche e le condotte terapeutico-assistenziali. Particolare importanza è attribuita alla creazione di un clima di gruppo aperto e solidale, capace di promuovere una libera comunicazione tra pari, assicurando ai membri sostegno e sicurezza, ma anche permettendo la

franchezza e la critica. Il metodo di conduzione del gruppo e quello di elaborazione del materiale riportato derivano in larga misura dalla psicoanalisi. In origine a composizione omogenea (ad es. solo medici di medicina generale), sempre più spesso gli odierni GB sono di tipo disomogeneo, rispecchiando i recenti modelli di lavoro basati su team e su interazioni di tipo interprofessionale e d'èquipe.

I Gruppi Balint sono guidati da due conduttori, di solito uno psichiatra o psicologo con formazione psicoanalitica affiancato da un medico di famiglia o altro professionista medico. Il ruolo del conduttore del Gruppo Balint è quello di un promotore del pensiero collettivo, tutore della coesione del gruppo ma anche della sua libertà di parola e di critica, regolatore delle crisi, interprete dei processi psicologici che si rendono visibili nella discussione dei casi. L'accento è messo sul suo ruolo facilitatore del processo

di apprendimento, ben diverso da quello di un docente che fa lezione o comunque dell'esperto che trasmette a dei non-iniziati un sapere preconstituito.

La relazione fra il conduttore e i partecipanti può rispecchiare il rapporto tra figli e genitore: avvengono momenti di idealizzazione del conduttore, momenti di compiacenza seguiti da altri momenti di contestazione più spesso implicita, fasi in cui prevale l'imitazione (identificazione adesiva o imitativa), e infine l'assimilazione del metodo e l'acquisizione vera delle esperienze vissute nel gruppo (identificazione introiettiva). Queste fasi non sono necessariamente stabili e contemporanee nei partecipanti, anzi sono soggette a mutamenti e oscillazioni a seconda del momento e delle dinamiche presenti nel gruppo.

Comunque è proprio attraverso queste dinamiche psichiche che procede il processo di evoluzione e di crescita del gruppo, dei singoli partecipanti. Una

conseguenza di questo lungo percorso evolutivo è che il medico si trova a essere più “terapeutico” non solo con i casi presentati ma anche con tutti i suoi pazienti. Si può notare, nel tempo, come certi atteggiamenti di insofferenza, di evitamento o di contrasto, di rabbia, di impotenza con i pazienti diminuiscono, non per uno sforzo volontario del medico, ma per una migliore capacità di tollerare e comprendere le dinamiche in atto e la possibilità di gestirle. È probabile che il curante esca da queste esperienze con una visione più chiara del paziente, di se stesso e del proprio modo di operare.

Seguendo una precisa ricostruzione storica, i gruppi Balint in Italia nascono a Milano attraverso le attività promozionali di psicologia in ambito clinico medico del Prof. A. Selvini, cardiologo, direttore della divisione di medicina dell’Ospedale Maggiore.

Era il 31 gennaio 1966 quando la prima seduta di gruppo Balint si svolse con Selvini e altri nove colleghi medici partecipanti, mentre il

conduttore era il Dr. Severino Rusconi, psicoanalista di formazione junghiana che faceva parte del Gruppo Milanese per lo Sviluppo della Psicoterapia, presso la cui sede si svolsero le riunioni di gruppo. Questo gruppo durò 5 anni ricevendo anche una visita dello stesso Michael Balint a Milano che tenne una conferenza presso la stessa sede su “Experience with the Training...”.

Un secondo gruppo Balint, sempre con conduttore Rusconi, fu creato a Milano nel 1968, stavolta direttamente nella divisione dell’Ospedale Maggiore diretta da Selvini, che durò vari anni.

Dall’iniziativa di partecipanti a questi gruppi e dello stesso Rusconi, che fu uno dei fondatori, fu creata l’Associazione Medica Italiana Gruppi Balint nel 1970 con lo scopo di riunire i medici che avevano almeno due anni di esperienza in gruppo Balint e favorire la formazione degli operatori socio-sanitari con tale metodo. Essa ha mantenuto i rapporti con altre associazioni, rappresentando

l'Italia nell'affiliazione con la Federazione Internazionale Balint. In particolare l'AMIGB è stata collegata all'attività di S. Rusconi: un punto di riferimento particolarmente rigoroso ed essenziale nello sviluppo del movimento balintiano in Italia.

In uno scritto sul "Metodo di formazione dei gruppi Balint" Rusconi invita a non "confondere il progetto Balint con la medicina psicosomatica", al fine di non creare un "caos interpretativo" e facendo attenzione a "non sovrapporre due diverse concezioni", evidentemente al fine di soffermarsi soprattutto sul principio ispiratore balintiano, rivolto alla corretta e consapevole gestione della relazione, rispetto ad ambiti che hanno come focalizzazione prevalente studi e ricerche sulle malattie.

Seguendo invece gli iter formativi nella cornice epistemologica e organizzativa della medicina psicosomatica, troviamo le linee guida di alcuni principi che si andavano affermando saldamente: riconoscere

l'importanza della componente psicosociale nelle principali malattie di cui il medico si occupa, e della dimensione terapeutica riconducibile alla relazione interpersonale medico-paziente.

I gruppi Balint sembrano seguire le vicissitudini della relazione medico-paziente, in particolare nei periodi dove processi di cambiamento sociali, organizzativi e culturali sembrano investirla. Nasce così la necessità di ragionare in modo nuovo, di ascoltare, di osservare, di comprendere più a fondo i propri pazienti e se stessi come medici, ma anche come persone all'interno delle relazioni professionali con le proprie emozioni, con il proprio immaginario, con le speranze che attraversano la vita non solo professionale. Condizioni che il sempre più massiccio utilizzo della rete non sembra di poter estinguere né rendere più felici e soddisfatti. Si richiama oggi come non mai la presenza di fenomeni di burn-out che i medici ed il personale sanitario tutto, lamentano e che attribuiscono in gran parte alle modalità con le quali viene ad essere svolta



la professione. Le richieste d'aiuto che vengono avanzate possono trovare forme adeguate di risposta proprio all'interno di percorsi formativi in cui la professione del medico viene ricondotta alla sua personalità e ai fattori emotivi che connotano la relazione con i pazienti. Ogni volta che avviene l'incontro con quei particolari pazienti ed i loro familiari che pongono domande complesse e chiedono di essere curati nella loro globalità, essi vanno considerati appieno nelle ripercussioni soggettive che provocano nel medico. Ecco perché possiamo considerare i Gruppi Balint una metodica formativa che permette non solo di comprendere la complessità della dimensione relazionale ma anche di guardarci dentro, senza vertigini, ma rispecchiandosi sul fondo rimodellandosi in modo più flessibile e aperto possibile. Tutto ciò al fine di comprendere le inevitabili connessioni, proiezioni e identificazioni che, interazioni delicate come quelle che caratterizzano il rapporto medico-paziente, si intessono

inevitabilmente all'interno di un rapporto che da "diadico" diviene necessariamente di "rete".

## Bibliografia

Balint M., (1990) Medico, paziente e malattia. Feltrinelli, Milano. ISBN 8807600021

Balint M. (1967) Tavola Rotonda: La formazione psicologica del medico, pp.

53-68; Aspetti psicologici della pratica medica, pp. 199-202 in Antonelli

F., Ancona L. (a cura di) Acta Medica Psychosomatica, Atti della Settimana Psicosomatica Internazionale, Roma.

Balint M. (1957) The Doctor, His patient and the Illness, London, Pitman

Medical Publishing, tr. it., Medico, paziente e malattia, Feltrinelli, Milano 1961.

Balint M. e Balint E. (1961) Psychoterapeutic Technique in Medicine, London Tavistock Publications, tr. it., Tecniche psicoterapeutiche in medicina, Einaudi, Torino 1970.

Balint E., Norrel J. (1973) *Six Minutes for the Patient*, London and New

York, Tavistock Publications, tr. it., *Sei minuti per il paziente*, Guaraldi,

Firenze 1975

Cusin, S.G. (1979) "Resistenze nel gruppo Balint e crisi dell'istituzione ospedaliera" in *Psicologia e ospedale generale*, a cura di Marcello Cesa-Bianchi, Milano, FrancoAngeli

Cazzullo C.L., Comazzi A., Luban Plozza B. (1973) *Esperienza di leaders*

di un gruppo Balint "junior". *Minerva Medica*, 64,15: 728-731.

Luban Plozza B., Pozzi U. (1986) *I gruppi Balint*. Piccin, Padova.

Minervino A. (1998) *Un nuovo scenario per gli attori della salute: il Gruppo Monte Verità (B. Luban Plozza)*, in Minervino A. (a cura di) (1998)

Rusconi S. (1998) *Il metodo di formazione dei Gruppi Balint*, Homepage Associazione

medica italiana gruppi Balint, [www.amigb.it](http://www.amigb.it), Milano.

Sapir M., Sommaruga P., Gaddini R., Parietti P. (1995) *Incontro con M. Balint; M. Balint: lo psicoanalista; M. Balint: il formatore*, in Panconesi

E., Pazzagli A., Rosselli M. (a cura di), *La Medicina Psicossomatica oggi: dall'Epistemologia alla Clinica*, Edizioni Fisiaray, Firenze.

Sapir M. (1972) *La formation psychologique du médecin*, Payot, Paris, tr. it. *La formazione psicologica del medico. Da Balint ad oggi*, Etas libri, Milano 1975.

Selvini A. (1973) *I Gruppi Balint: L'Esperienza Italiana*, in Antonelli F., Pisani D., Vitetta M., *Formazione Psicologica del Medico*, Atti del IV Congresso Nazionale della SIMP, Messina.

# SIBLINGS - VUOL DIRE (SOLO): FRATELLI E SORELLE

di Cinzia Saponara

## PREMESSA

“**Siblings**”, è il termine che nel mondo anglosassone indica letteralmente il legame di fraternità, nel panorama italiano fa riferimento nello specifico a **fratelli e sorelle di persone che necessitano di assistenza a causa di neurodiversità e/o disabilità** (Meyer e Vadasy, 2008), condizioni patologiche come: il diabete, la spina bifida, il cancro, malattie rare e/o condizioni mentali o problemi comportamentali, disturbi del neurosviluppo, sindromi genetiche, ritardo mentale, disturbi dello spettro autistico.

Gli studi sugli effetti derivati dall'aver una persona con disabilità all'interno del proprio nucleo familiare, si sono da sempre e per molto tempo, occupati prevalentemente dei genitori e nello specifico della madre, in quanto *caregiver* principale.

Solo a partire dagli anni Ottanta la ricerca scientifica si è rivolta ai fratelli (Seligman, 1983, Rodger, 1985), concentrandosi a rilevare e sottolineare le conseguenze negative di questo legame sullo sviluppo del sibling. Le prime ricerche avviate in questo campo utilizzavano un approccio quantitativo, avvalendosi di strumenti standardizzati per individuare dimensioni che rappresentano l'esperienza dell'essere sibling. Il pensiero presente in quel periodo era influenzato dalla forte convinzione che questa relazione portasse esclusivamente esiti sfavorevoli e negativi al fratello. È a partire dagli anni '90 che la ricerca individua strumenti qualitativi: interviste, colloqui etc. che raccogliendo più le esperienze individuali dei siblings, ha cambiato il costrutto indagato, concentrandosi maggiormente sulla dimensione di fraternità che su quella di patologia, individuando alcune caratteristiche comuni che prescindono dalla situazione

specifica della persona affetta da disabilità.

La letteratura scientifica evidenzia che le relazioni tra fratelli sono uniche, complesse e mutevoli nel tempo, esse sono di fondamentale importanza per lo sviluppo sociale e psicologico degli individui. Il rapporto tra fratelli è una delle relazioni umane più durevoli ed intense, che porta a sviluppare abilità emotive e comportamentali.

Nonostante conflitti e rivalità siano comuni, è grazie a questo legame che si ha la possibilità di fare esperienza di moltissime dimensioni, come l'intimità, la complicità e la confidenza.

Alla nascita di un figlio con una sindrome irreversibile si verificano, nella famiglia, delle dinamiche di accettazione-rifiuto, di colpevolizzazione, di chiusura, di iperprotezione e ciò può causare momenti di crisi tra i genitori. (AA.VV., 2002). Fin da subito, la storia del bambino con disabilità è accompagnata da un'ombra di

dolore, da aspettative frantumate, da paura, da difficoltà, da isolamento e solitudine. L'impatto dell'avere un fratello con fragilità può dipendere da aspetti legati alla condizione patologica, come la presenza di un handicap congenito o acquisito, cronico o transitorio, psichico o fisico, lieve o grave, importanti si sono rivelati anche il genere del sibling, l'ordine di genitura e il contesto socioeconomico della famiglia, dipingendo quindi un quadro di estrema complessità

È fondamentale che con l'arrivo di un bambino con disabilità, i fratelli possano fin da subito avere ascolto e supporto per affrontare questa nuova realtà inaspettata.

Occorre dare al sibling informazioni vere sulla disabilità e adeguate al livello di comprensione, la comunicazione della diagnosi è un momento che non deve essere sottovalutato dagli adulti. I genitori, possono trovarsi ad affrontare un compito difficile: quello di dover verbalizzare e comunicare una realtà

dolorosa che probabilmente non è stata ancora capita e interiorizzata del tutto, anche da loro. Ancora, bisogna imparare a osservarli e comunicare con loro efficacemente: è importante che i genitori indaghino sui vissuti dei figli senza disabilità, soprattutto se dimostrano di essere tranquilli, si tratta, a volte, di una calma apparente che ha bisogno di essere capita: alcuni bambini, a seguito del dolore visto nei genitori, per non provocare ulteriori preoccupazioni agli stessi, assumono un comportamento obbediente e diligente, come se nulla fosse. Al contrario, altri bambini possono diventare aggressivi o oppositivi segnalando una richiesta di aiuto (Dondi, 2018). Concedere loro espressione libera di tutte le emozioni, anche se per i genitori potrebbe risultare difficile sopportare il fatto che il sibling provi della rabbia nei confronti del fratello con disabilità.

I siblings condividono un legame speciale con i loro fratelli o sorelle, che va oltre la tipica dinamica familiare.

Questo legame, sebbene possa essere fonte di arricchimento, può anche comportare sfide psicologiche complesse, le emozioni e i sentimenti che possono entrare in gioco sono i seguenti: identificazione, imbarazzo, vergogna, senso di colpa, isolamento, solitudine, risentimento, eccessiva responsabilizzazione e elevata richiesta di prestazioni.

- **L'identificazione nell'altro:**

succede quando il siblings immagina e pensa di condividere la medesima disabilità del fratello.

- **L'imbarazzo:** è un sentimento che può nascere in quelle occasioni in cui il fratello o la sorella con disabilità mette in atto dei comportamenti che possono essere definiti "bizzarri" o "strani" dagli altri.

- **Il senso di colpa:** può essere legato al fatto che non capendo e non avendo informazioni a sufficienza, il sibling pensi che sia stato lui a causare la disabilità del fratello attraverso un pensiero fatto o un comportamento messo in atto. Inoltre può nascere un

sentimento di colpa per il fatto che si stia meglio rispetto al fratello, che ha delle difficoltà o che talvolta si senta anche male fisicamente. Il sibling inoltre può sentirsi in colpa nel provare dei sentimenti negativi nei confronti del fratello con disabilità.

- **La vergogna:** si prova spesso rispetto agli altri. Questo sentimento si può intensificare nel momento in cui il fratello con disabilità mette in atto comportamenti che non vengono capiti dagli altri perché mai visti o strani.

- **L'isolamento e la solitudine:** questi sentimenti sono presenti solitamente nelle famiglie con due figli, dove il sibling può provare la sensazione di non poter vivere a pieno il rapporto con il proprio fratello, sentendo la mancanza di determinati aspetti come il non riuscire ad avere un confronto o il non poter richiedere dei consigli. Il sentimento di solitudine inoltre lo si riscontra anche quando il sibling non riceve sufficiente attenzione da parte dei genitori, che si occupano gioco forza molto di più del

fratello con disabilità. Accade che percependo questo, il sibling eviti di chiedere ai genitori sostegno pensando di potercela fare da solo, non volendo risultare un peso aggravando la mole di lavoro a loro carico. Inoltre, capita che i siblings si isolino a scuola, questo può essere dovuto al fatto che non ci si sente capiti dai compagni, che non vivono le stesse esperienze nel proprio contesto familiare.

- **Il risentimento e la rabbia:** è spesso presente in primis verso i genitori, nello specifico nelle situazioni in cui si tende a proteggere molto il fratello con disabilità, quando le forze vengono investite quasi esclusivamente nella cura del fratello o quando il sibling viene ripreso per i comportamenti non ritenuti idonei, mentre il fratello no. Viene provato risentimento anche in quelle situazioni in cui il punto di vista del sibling viene preso poco in considerazione, dove non si ha mai voce in capitolo sulle varie decisioni da prendere o quando si dà per scontato che debba sempre essere a disposizione per la cura del



fratello fragile. Per molti siblings può essere difficile riuscire ad esprimere i sentimenti negativi che provano nei confronti del proprio fratello disabile. Una maniera comune di far fronte ad un'emozione come la rabbia può essere quella di esprimerla diventando disobbediente o facendo i capricci, cosa che può includere un aumento delle manifestazioni aggressive nei confronti dei fratelli o delle sorelle. In alcune famiglie, tali emotività sono completamente proibite. Le espressioni inibite di rancore possono condurre i **siblings** all'introduzione di sentimenti negativi, che determinano l'evitamento della fonte della rabbia (il fratello/sorella disabile) e in alcuni casi l'insorgere di quadri depressivi mascherati.

**- L'eccessiva responsabilizzazione:** dagli studi effettuati, è emerso che spesso sono le sorelle, soprattutto quelle maggiori, che vengono rese molto partecipi nella cura del fratello con disabilità, assumendo spesso un ruolo importante carico di forti responsabilità.

Questo inevitabilmente può incidere negativamente sulle relazioni sociali della sibling, che rischia di trascurare la propria vita sociale e/o le proprie passioni. Il tema della responsabilità è molto delicato da affrontare e rispetto ad essa i genitori si pongono in maniera differente. C'è chi dà per scontato che il siblings debba prendersi cura del proprio fratello o sorella con disabilità e dare una mano nelle varie mansioni da svolgere e chi cerca di non darne alcuna ai propri figli. Molti siblings tentano di proteggere i propri genitori dai loro sentimenti negativi. Alcuni pensano che le espressioni di rabbia e frustrazione riguardo alle loro esperienze possano essere ingiuste, viste le difficoltà che i loro genitori affrontano nella vita di tutti i giorni. Esprimere queste emozioni potrebbe inoltre mettere a rischio l'immagine che cercano di presentare ai genitori, quella di bambini felici ed autonomi; in questo caso è presente una spinta ad essere perfetti, sempre disponibili, senza apparenti lati oscuri.



- **L'elevata richiesta di prestazioni:** capita che per compensare le difficoltà del fratello i genitori abbiano molte aspettative nei confronti dei siblings, sia per quanto riguarda l'andamento scolastico, sia per i comportamenti attesi. Ci sono anche situazioni però in cui le aspettative partono direttamente dal sibling, che diventa esigente e duro con sé stesso.

Tutti questi vissuti, di per sé sani e comprensibili in un qualunque **fratello** di un bambino con bisogni speciali, se non adeguatamente riconosciuti, compresi, espressi, legittimati, e accolti dai genitori e dalla rete sociale, possono diventare problematici nel tempo. Nel caso in cui i genitori si rendano conto di non riuscire a gestire le emozioni e i sentimenti del sibling, è bene rivolgersi ad uno specialista. Bisogna sottolineare che questi sentimenti provati sono spesso ambivalenti e contrastanti, così come i comportamenti e le modalità

relazionali, che vanno incontro ad una continua evoluzione e assumono diverse connotazioni nelle varie fasi del ciclo vitale.

Non tutti i fratelli di persone con disabilità attraversano difficoltà e problemi, molti al contrario crescendo e assumendo sempre più consapevolezza fanno della relazione con il fratello un elemento di resilienza, empatia e crescita. Uno dei vantaggi dei siblings è che tendono ad essere più empatici, una qualità straordinaria per la propria vita, soprattutto nelle relazioni interpersonali. Inoltre, sono generalmente persone altamente responsabili, hanno una maggiore profondità di pensiero della media e grandi capacità di resilienza. Mostrano una tendenza inferiore al conflitto e alla rivalità. Nella vita familiare, sin da piccoli, i siblings sviluppano tolleranza, accettazione della diversità e comprensione della sofferenza. Grazie all'esperienza di crescere con il fratello/sorella con disabilità,

sono sensibili, solidali e bravi a spiegarsi e ad insegnare.

## CONCLUSIONI

Il lavoro psicologico con i siblings è un ambito di ricerca in costante espansione, da quando la comunità scientifica ha iniziato ad interessarsi a questo tema è emersa la necessità di dare risalto ai loro bisogni e ai loro vissuti emotivi. Vissuti così complessi che, possiamo ipotizzare, se non hanno trovato uno spazio di ascolto e di elaborazione in precedenza, possano determinare problematiche sia sul versante individuale che relazionale. Negli ultimi decenni, sono nati soprattutto nel mondo anglosassone, alcuni interventi specifici incentrati sulle strategie di aiuto ai siblings. Don Mayer (1994) ha elaborato un programma chiamato Sibshop (derivato dalla fusione dei termini sibling e workshop) che predispone uno spazio di espressione e crescita personale e individuale per aiutare i *siblings* a definirsi in quanto

soggetti, e non come “fratelli di...”. Il programma dopo essere approdato in molti paesi si è affacciato per la prima volta in Italia nel 2013.

È da sottolineare che gli interventi psicologici rivolti ai **siblings** agiscono sia in un’ottica di promozione del benessere infantile sia di prevenzione di possibili problematiche psicopatologiche in età adulta. Auspichiamo che il supporto ai siblings dovrebbe essere presente anche nella comunità di appartenenza e nei luoghi ordinari (es. la scuola); ciò potrebbe verificarsi attraverso laboratori misti che comprendano progettualità nuove e sfidanti in una direzione inclusiva: dovrebbe trattarsi di proposte socio-educative “per tutti” per bambini/ragazzi con fratelli con o senza disabilità affinché si riescano a portare in superficie gli aspetti comuni caratterizzanti la relazione fraterna e si creino opportunità in cui poter condividere ed avere un reciproco scambio (Cinotti, 2021).

Non essendo possibile dare una definizione assoluta degli aspetti positivi o negativi di un rapporto che è in continua evoluzione, è altrettanto impossibile poter affermare che la disabilità o la malattia di un fratello abbia come conseguenza unica quella di danneggiare i siblings (Lobato, 1990). La letteratura scientifica recente dimostra come i siblings riescano a superare la sofferenza legata alla disabilità del fratello e come l'affrontare la vulnerabilità sia un'occasione che permette loro di crescere e favorisce una strutturazione psichica del soggetto positiva (Scelles, 2010).

## **BIBLIOGRAFIA**

Cinotti, A. (2021). *“Sorelle e fratelli nella disabilità. Dimensioni esistenziali e scenari educativi”*. Brescia : Morcelliana/Schol ;

Dondi A. (2018) *“Siblings. Crescere fratelli e sorelle di*

*bambini con disabilit *”  
San

Paolo Ed.;

Farinella A. (2015). *“Siblings: essere fratelli di ragazzi con disabilità*”, Ed. Erickson;

Lobato Debra J. (1990) *“ Brothers, Sisters and special need”* PH Brookes

PublishingCompany;

Mazzariol G. (2016) *“Mio fratello rincorre i dinosauri”*. Einaudi Editori;

Meyer D.J., Vadasy P.F., *“Sibshops. Workshops for siblings of children with special needs, Brookes,”* USA, 1994;

Rodger S. (1985) *“Siblings of handicapped children: A population at risk?, The Exceptional Child”*, vol. 32, n. 1;

Seligman M. (1983) *“Siblings of handicapped persons in The family with a handicapped child: Understanding and*

*treatment,*” New York,  
Grune ;

Stratton Scelles R.  
(2010) “*Liens fraternels and  
handicap*”, Toulouse, Edition  
Eres.



## **Vaginismo e Accettazione di Sé: Una Prospettiva Psicologica di Nicoletta Del Monaco**

Il vaginismo rappresenta una disfunzione sessuale femminile complessa e debilitante, caratterizzata da una contrazione involontaria dei muscoli del pavimento pelvico che circondano la vagina, rendendo la penetrazione dolorosa o addirittura impossibile. Questa condizione può avere profonde conseguenze non solo sul piano fisico, ma anche sulla qualità della vita relazionale e sulla salute mentale delle donne che ne soffrono, le quali, possono sperimentare una profonda sensazione di frustrazione, vergogna e ansia.

Per comprendere appieno questa condizione, è essenziale effettuare

un'esplorazione dettagliata delle sue cause, delle conseguenze psicologiche e della correlazione tra il trattamento del vaginismo e l'accettazione o riscoperta di sé.

Questo approccio olistico permette di affrontare il problema da diverse angolazioni, offrendo alle donne la possibilità di superare tale difficoltà e migliorare in modo significativo la loro qualità di vita e il benessere psicologico complessivo.

Il vaginismo è classificato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) sotto il disturbo del dolore genito-pelvico/ penetrazione (Genito-pelvic Pain/Penetration Disorder). Questa categoria diagnostica unisce il vaginismo e la dispareunia, riconoscendo che spesso queste condizioni

coesistono e presentano sintomi sovrapposti.

La diagnosi richiede un'accurata anamnesi medica e psicologica, che include una valutazione completa della storia sessuale, dei sintomi e delle esperienze personali della paziente

Difatti, molto spesso, risulta fondamentale e cruciale evidenziare altre possibili cause alla base del dolore sperimentato durante il rapporto sessuale attraverso esami fisici accurati. Questi possono includere esami ginecologici o la valutazione del pavimento pelvico.

I sintomi del vaginismo possono variare in intensità e presentarsi in modi diversi, ma generalmente includono: dolore durante la penetrazione (dolore che si manifesta quando si tenta di inserire un corpo estraneo nella vagina, sia durante il rapporto

sessuale, sia durante l'uso di tamponi o durante gli esami ginecologici), difficoltà nel completare l'atto sessuale o ansia anticipatoria (sperimentata da una marcata ansia o paura nella previsione del rapporto sessuale che può aggravare ulteriormente la tensione muscolare e contribuire a un ciclo di evitamento e del dolore).

Durante la diagnosi del vaginismo, è necessario escludere altre condizioni mediche che potrebbero causare sintomi simili, difatti, questo processo diagnostico può includere: valutazioni ormonali per verificare eventuali squilibri degli ormoni che potrebbero influenzare la funzione sessuale; screening per infezioni in modo da identificare infezioni vaginali o urogenitali che potrebbero accentuare il dolore durante l'atto sessuale ed esami psicologici attraverso cui è

possibile effettuare una valutazione e sulla presenza di traumi passati e su altre condizioni psicologiche che potrebbero contribuire al vaginismo.

Quando si parla di vaginismo è necessario porre l'attenzione su quelle che possono esserne le cause. Difatti, esse sono multifattoriali e possono includere:

- fattori fisici come infezioni, traumi, interventi chirurgici e altre condizioni mediche;
- fattori psicologici tra cui ansia, fobie sessuali, traumi sessuali pregressi, disturbi dell'umore; e
- fattori relazionali come ad esempio problemi di coppia, comunicazione inefficace (la mancanza di una comunicazione aperta e onesta riguardo ai bisogni e ai desideri sessuali può creare un'atmosfera di insicurezza

e incomprendimento, infatti, senza una discussione chiara, i partner possono fraintendere le cause del disagio e non riuscire a trovare soluzioni insieme),

dinamiche di potere all'interno della relazione che possono influire sull'eventualità e sulla persistenza di questa disfunzione sessuale; un deficit di intimità emotiva (se i partner non si sentono emotivamente vicini, può essere difficile stabilire la fiducia necessaria per una vita sessuale soddisfacente e serena), pressioni e aspettative irrealistiche (La convinzione che la penetrazione sia l'unica o la principale forma di rapporto sessuale e le aspettative elevate riguardo alla performance sessuale possono far



sentire la donna inadeguata o giudicata).

È notevole, infatti, come il percorso di trattamento del vaginismo non sia solo una questione di risolvere una problematica, ma rappresenta anche un viaggio di riscoperta e accettazione di sé. Difatti, la guarigione dal vaginismo può portare a una maggiore consapevolezza corporea, una migliore comunicazione sessuale e ad una rinnovata fiducia nelle proprie capacità sessuali. Questo processo di riscoperta, inevitabilmente, può avere un impatto positivo sull'autostima e sul benessere psicologico della donna.

Nello specifico, durante il trattamento con una donna affetta da vaginismo, si potrebbe porre l'attenzione su differenti elementi chiave quali: riscoperta di sé, accettazione di sé, empowerment e autonomia.

L'accettazione di sé gioca un ruolo cruciale nel trattamento del vaginismo, poiché questa condizione, non riguarda solo la dimensione fisica del dolore o della difficoltà di penetrazione, ma è profondamente radicata anche nella sfera psicologica ed emotiva. Le donne che intraprendono il percorso di trattamento per il vaginismo devono affrontare una serie di paure e ansie che possono includere:

- Dolore del dolore, nonché l'anticipazione del dolore durante il rapporto sessuale che può comportare un ciclo di evitamento ed ulteriore tensioni muscolare;
- Ansia da prestazione riguardo alla propria capacità di avere rapporti sessuali normali che genera, in

automatico, un aumento dell'ansia e dell'attenzione non solo muscolare, aggravando ulteriormente la propria condizione di partenza;

- Vergogna e colpa, sentimenti che riguardano il proprio corpo e la propria sessualità che molto spesso sono radicati in credenze culturali o personali negative.

Queste sintomatologie in ambito psicologico possono portare le donne a percepire il loro corpo come un problema da risolverlo piuttosto che come una parte integrante e preziosa della loro identità. Difatti, la terapia psicoterapeutica, mira a cambiare questa percezione attraverso una consapevolezza corporea che può essere resa nota mediante l'ausilio di tecniche

di Mindfulness e rilassamento; l'educazione sessuale che aiuterebbe ad una comprensione del proprio corpo e della sessualità o attraverso esercizi di rilassamento muscolare specifici che possono includere l'uso di dilatatori vaginali o esercizi di Kegel.

Il vaginismo è una condizione complessa che richiede un approccio integrato al trattamento, coinvolgendo aspetti fisici, psicologici e relazionali. Sul piano fisico, la collaborazione con ginecologi e fisioterapisti specializzati può aiutare a rilassare i muscoli pelvici e a ridurre il dolore associato alla penetrazione. Psicologicamente, forme di supporto psicoterapeutico possono essere essenziali per affrontare eventuali traumi o ansie sottostanti. Relazionalmente, il

coinvolgimento del partner nel percorso terapeutico può favorire una comunicazione più aperta e comprensiva, migliorando la connessione e la complicità nella coppia.

La guarigione dal vaginismo non solo migliora la vita sessuale delle donne, ma rappresenta anche un'opportunità per una profonda riscoperta e accettazione di sé. Questo processo di guarigione consente alle donne di riconoscere e apprezzare il proprio corpo, superando le barriere emotive e fisiche che il vaginismo può aver creato. Inoltre, affrontare e superare il vaginismo può portare a una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie esigenze, sia sessuali che emotive.

Attraverso la terapia e il supporto, le donne possono trasformare questa sfida in un percorso di crescita personale.

Questo percorso può portare a un aumento dell'autostima, poiché le donne imparano a confrontarsi con le proprie paure e a superarle. Inoltre, migliorando il loro benessere psicologico complessivo, le donne possono sperimentare un miglioramento della qualità della vita in generale. La risoluzione del vaginismo può quindi avere ripercussioni positive non solo sulla sfera sessuale, ma anche su quella emotiva e relazionale, contribuendo a una vita più soddisfacente e armoniosa.

### Riferimenti

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

Anderson, R. U., & Cyranowski, J. M. (1994). Therapy of vaginismus. *The Journal of Sex Research*, 31(2), 129-136.

Binik, Y. M., Meana, M., Berkley, K. J., & Khalifé, S. (1997). The sexual pain disorders: is the pain sexual or somatic? *Annual Review of Sex Research*, 8(1), 158-194.

Gates, E. A., & Galask, R. P. (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4), 221-228.

Lamont, J. A. (1978). Vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131(3), 312-316.

Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1997). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology*, 90(4), 583-589.

Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (1999). Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 28(4), 363-378.

Van der Velde, J., Laan, E., & Everaerd, W. (2001). Vaginismus, a component of a general defense mechanism.

*Sexual and Relationship Therapy*, 16(1), 29-38.

Weijmar Schultz, W. C. M., Basson, R., Binik, Y. M., Eschenbach, D. A., Wesselmann, U., van Lankveld, J. J. D. M., & Whipple, B. (1996). Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine*, 3(3), 274-288.