

Psicologinews.it

Scientific

Dissociazione e trauma: la dissociazione emotiva traumatica di Ilenia Gregorio pag 16

Social media e autolesionismo tra gli adolescenti di Antonia Bellucci pag 24

Sulla Vergogna di Cinzia Saponara pag 28



Spettra: Il disturbo dello spettro autistico nelle donne adulte: criticità diagnostiche e prospettive di ricerca di Roberto Ghiaccio pag 4

Empatia e ruoli nel bullismo di Anna Borriello, Francesca Dicè pag 11



REDAZIONE

Anna Borriello
Antonia Bellucci
Cinzia Saponara
Daniela Di Martino
Francesca Dicè
Ilenia Gregorio
Lia Corrieri
Roberto Ghiaccio
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: 6 ottobre 2025

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

Spetra: Il disturbo dello spettro autistico nelle donne adulte: criticità diagnostiche e prospettive di ricerca

**di Roberto Ghiaccio
pag 4**

Empatia e ruoli nel bullismo

**di Anna Borriello,
Francesca Dicè
pag 11**

**Dissociazione e trauma:
la dissociazione
emotiva traumatica
di Ilenia Gregorio
pag 16**

**Social media e
autolesionismo tra gli
adolescenti
di Antonia Bellucci
pag 24**

**Sulla Vergogna
di Cinzia Saponara
pag 28**

Spettra: Il disturbo dello spettro autistico nelle donne adulte: criticità diagnostiche e prospettive di ricerca

di Roberto Ghiaccio

Il disturbo dello spettro autistico (ASD) è una condizione del neurosviluppo caratterizzata da compromissioni nella comunicazione sociale e da comportamenti ripetitivi e ristretti (American Psychiatric Association, 2013). Sebbene storicamente l'autismo sia stato studiato soprattutto in età pediatrica, vi è un crescente interesse per le **manifestazioni in età adulta**, poiché molti individui ricevono una diagnosi tardiva o non vengono mai formalmente riconosciuti (Lai & Baron-Cohen, 2015).

Negli adulti, la presentazione clinica è spesso più sfumata: i tratti autistici possono essere **mascherati** da strategie compensatorie, interiorizzati in disturbi d'ansia e dell'umore, o **reinterpretati** come caratteristiche di personalità.

Questa complessità rende cruciale la disponibilità di strumenti diagnostici validati, capaci di distinguere l'autismo da condizioni psicopatologiche sovrapposte.

La diagnosi di disturbo dello spettro autistico (ASD) nelle donne adulte rappresenta una delle sfide più complesse e sottovalutate della psichiatria contemporanea. La letteratura scientifica ha tradizionalmente sviluppato criteri e strumenti diagnostici partendo da campioni prevalentemente maschili, con il risultato di trascurare le peculiarità del **fenotipo femminile** dell'autismo (Lai et al., 2015). Tale impostazione androcentrica ha prodotto una sistematica **sottodiagnosi** e, in numerosi casi, una **misdiagnosi** in favore di disturbi internalizzanti come ansia, depressione o disturbi di personalità (Hull et al., 2020).

Le donne nello spettro autistico tendono a presentare caratteristiche cliniche differenti rispetto agli uomini. Mentre i criteri diagnostici canonici si concentrano su comportamenti ripetitivi e

deficit marcati nella comunicazione sociale, le donne manifestano spesso **forme più sottili e interiorizzate di difficoltà** (Gould & Ashton-Smith, 2011). Un tratto distintivo è rappresentato dal cosiddetto **camouflaging** o “mascheramento sociale”: strategie adattive mediante le quali le donne imitano attivamente i comportamenti neurotipici al fine di ridurre la percezione di diversità e favorire l’inclusione sociale (Lai et al., 2017). Sebbene funzionali in contesti interpersonali, tali strategie hanno un costo psicologico significativo, traducendosi in elevati livelli di ansia, stress e burnout.

Un ulteriore ostacolo alla diagnosi risiede nell’alta frequenza di **comorbidità psichiatriche**. Studi recenti hanno evidenziato come depressione maggiore, disturbi d’ansia e disturbi alimentari si manifestino con maggiore prevalenza nelle donne con ASD rispetto ai maschi (Hull et al., 2020). Questi quadri clinici, spesso in primo piano, finiscono per

oscurare i tratti autistici sottostanti e condurre a diagnosi alternative fuorvianti. Un approccio più sensibile al genere non solo ridurrebbe il rischio di diagnosi tardive ed errate, ma favorirebbe l’accesso a percorsi terapeutici e psicoeducativi più efficaci, promuovendo così il benessere e l’autodeterminazione delle donne nello spettro.

La valutazione diagnostica del disturbo dello spettro autistico (ASD) negli adulti costituisce una sfida clinica complessa, ulteriormente accentuata quando si tratta di **donne adulte**. Nonostante i progressi metodologici degli ultimi decenni, gli strumenti comunemente impiegati sono stati sviluppati e validati su campioni prevalentemente maschili, con la conseguenza di trascurare la specificità del **fenotipo femminile** (Lai et al., 2015). Questo squilibrio metodologico determina frequenti ritardi diagnostici, diagnosi errate o l’assenza totale di riconoscimento.

La valutazione diagnostica in età adulta si avvale di batterie di strumenti clinici e di auto-

report, la cui diffusione varia in base ai contesti geografici e culturali:

ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition)

Considerato il *gold standard* internazionale per la diagnosi di ASD, l'ADOS-2 viene ampiamente utilizzato in Nord America, Europa e Australia. Consente l'osservazione diretta dei comportamenti comunicativi e sociali attraverso compiti standardizzati (Lord et al., 2012).

ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)

Diffuso soprattutto negli Stati Uniti e nel Regno Unito, l'ADI-R si basa su un'intervista clinica semistrutturata ai caregiver. Negli adulti risulta meno applicabile in assenza di informatori affidabili, ma mantiene valore storico

e di ricerca (Rutter, Le Couteur, & Lord, 2003).

RAADS-R (Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale – Revised)

Strumento di auto-compilazione sviluppato negli Stati Uniti e tradotto in diverse lingue europee. È utilizzato per lo screening di adulti con sospetto ASD, ma presenta limiti legati alla sovrapposizione con altri disturbi (Ritvo et al., 2011).

AQ (Autism-Spectrum Quotient)

Diffuso soprattutto nel Regno Unito e nei Paesi europei, l'AQ misura tratti autistici nella popolazione adulta tramite un questionario di autovalutazione. Sebbene non abbia valore diagnostico, è impiegato come strumento preliminare (Baron-Cohen et al., 2001).

3 Di-Adult (Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview)

Utilizzato prevalentemente nel Regno Unito, rappresenta una versione adattata dell'intervista diagnostica per adulti. È in fase di crescente diffusione ma ancora poco applicato fuori dall'Europa (Skuse et al., 2004).

Questa eterogeneità di strumenti riflette differenze nazionali nei sistemi sanitari e nella formazione degli specialisti. In Italia, per esempio, l'ADOS-2 e l'AQ sono tra i più adottati nei centri clinici, mentre in Nord America si fa maggiore affidamento su combinazioni di ADOS-2 e ADI-R.

Gli strumenti internazionalmente riconosciuti – come l'**ADOS-2** (Lord et al., 2012) e l'**ADI-R** (Rutter et al., 2003) – mantengono un ruolo centrale nella pratica clinica. Tuttavia, la loro sensibilità rispetto alle

caratteristiche femminili risulta limitata. Le donne, infatti, spesso mostrano una sintomatologia meno evidente nei domini comportamentali e una maggiore capacità di **camouflaging**, ossia la messa in atto di strategie di compensazione per nascondere i tratti autistici (Hull et al., 2017).

Altri strumenti di screening, quali l'**AQ** (Baron-Cohen et al., 2001) e il **RAADS-R** (Ritvo et al., 2011), pur offrendo un contributo utile nella fase preliminare, soffrono di bias legati all'auto-report: molte donne, avendo interiorizzato strategie di adattamento sociale, tendono a sottostimare o a reinterpretare i propri sintomi.

L'analisi bibliometrica mostra un evidente squilibrio di genere: gli studi sull'ASD condotti su popolazioni maschili superano di gran lunga quelli centrati sulle donne (Halladay et al., 2015). Questa

sottorappresentazione femminile nelle ricerche contribuisce a perpetuare la mancata definizione di criteri diagnostici adeguati e sensibili al genere, consolidando un circolo vizioso di invisibilità clinica e scientifica.

Alla luce delle evidenze disponibili, risulta imprescindibile un ripensamento dei criteri diagnostici per l'autismo, orientato a **riconoscere le peculiarità del fenotipo femminile**. È necessario sviluppare strumenti standardizzati capaci di individuare precocemente le manifestazioni meno evidenti, integrando indicatori legati al camouflaging, alla sensibilità emotiva e alle forme di interazione sociale più sottili.

Riferimenti bibliografici

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

American Psychiatric Publishing.

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5–17.
- Gould, J., & Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. *Good Autism Practice*, 12(1), 34–41.
- Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., & Messinger, D. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: Summarizing evidence gaps and identifying

- emerging areas of priority. *Molecular Autism*, 6(36).
- Hull, L., Mandy, W., & Petrides, K. V. (2017). Behavioural and cognitive sex/gender differences in autism spectrum condition and typically developing males and females. *Autism*, 21(6), 690–702.
 - Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2020). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 224–238.
 - Lai, M. C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013–1027.
 - Lai, M. C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., ... & Baron-Cohen, S. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702.
 - Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Torrance, CA: Western Psychological Services.
 - Ritvo, R. A., Ritvo, E. R., Guthrie, D., Yuwiler, A., Ritvo, M. J., & Weisbender, L. (2011). A scale to assist the diagnosis of autism and Asperger’s disorder in adults (RAADS-R). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1076–1089.
 - Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003).

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

- Skuse, D. H., Warrington, R., Bishop, D., Chowdhury, U., Lau, J., Mandy, W., & Place, M. (2004). The developmental, dimensional and diagnostic interview (3Di): A novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 548–558.

Empatia e ruoli nel bullismo

**di Anna Borriello,
Francesca Dicè**

Negli ultimi anni l'istituzione scolastica è stata riconosciuta non solo come luogo di trasmissione del sapere, ma anche come contesto privilegiato per la promozione del benessere psicosociale. In questo quadro, l'integrazione dello sviluppo dell'empatia all'interno del curriculum scolastico rappresenta una strategia fondamentale per favorire la crescita emotiva degli studenti, rafforzare la coesione sociale e contrastare fenomeni di esclusione e bullismo. L'empatia è la capacità di comprendere e condividere le emozioni altrui, combinando componenti cognitive (riconoscimento dello stato emotivo dell'altro) ed affettive (risposta emotiva congruente). L'empatia, fenomeno interpersonale, si riferisce alla condivisione e alla comprensione dei pensieri e dei sentimenti di altre persone e alla cura del loro benessere. È convinzione

comune che l'empatia sia un importante ingrediente nei processi interpersonali (Main et al., 2017). A ciò si aggiunge quanto hanno rilevato alcuni studi che hanno posto in evidenza che esiste una compromissione del funzionamento sociale derivato da un deficit di empatia in una serie di condizioni neuropsichiatriche (Shimoni et al., 2012). Attualmente, vi è una maggiore consapevolezza dell'importanza dell'empatia degli insegnanti anche nei percorsi formativi che stanno caratterizzando l'aggiornamento degli insegnanti di ogni ordine e grado. Esiste un legame che tiene unite le teorie dello sviluppo degli studenti e l'empatia dei docenti. Numerosi studi hanno evidenziato che i livelli di empatia sono associati a una maggiore prosocialità, minori comportamenti aggressivi e una migliore regolazione delle emozioni. Per questo motivo, l'empatia non può essere considerata una "soft skill" accessoria, ma una competenza trasversale che

contribuisce in modo sostanziale allo sviluppo integrale della persona. Promuovere attività educative che stimolino l'empatia, come la lettura di testi narrativi, il role-playing o la discussione di esperienze emotive, si è dimostrato efficace nell'accrescere la consapevolezza di sé e degli altri, programmi scolastici basati sull'educazione socio-emotiva producono significativi miglioramenti nella capacità di gestione dello stress, nella riduzione dell'ansia e in un generale aumento del benessere emotivo degli studenti. Ma cosa accade se i giovani vivono empaticamente le relazioni umane?

Gli studi dimostrano, infatti, che quando i giovani vivono empaticamente le relazioni umane e sviluppano percorsi di empatia, risultando essi stessi empatici, mostrano:

- più impegno in classe e nelle dinamiche relazionali e educativa;
- risultati scolastici più apprezzabili;
- migliori capacità di comunicazione;

- minore probabilità di essere vittime di bullismo o di essere essi stessi "carnefici";
- comportamenti meno aggressivi
- relazioni più positive con qualsivoglia attore della comunità scolastica (inteso, esso, nella poliedrica possibilità anagrafica e di ruolo).

L'inclusione di pratiche educative empatiche favorisce anche un clima scolastico più cooperativo. In contesti di apprendimento dove gli studenti sono incoraggiati a comprendere i punti di vista altrui, si sviluppano relazioni basate sul rispetto e sulla fiducia reciproca. La coesione sociale diventa così un obiettivo educativo che riduce le dinamiche competitive e conflittuali e sostiene la collaborazione tra pari. Interventi educativi centrati sull'empatia hanno dimostrato di ridurre significativamente la frequenza e l'intensità degli episodi di bullismo. A tal riguardo infatti, il bullismo si configura come un fenomeno complesso che colpisce

numerosi contesti educativi e relazionali. È caratterizzato da comportamenti aggressivi, intenzionali e ripetuti nel tempo, in cui esiste uno squilibrio di potere tra autore e vittima. Negli ultimi anni, la ricerca ha dimostrato che uno dei fattori chiave che influenzano la comparsa e la persistenza del bullismo è il livello di empatia sviluppato dagli studenti. Il bullismo, in quanto comportamento aggressivo intenzionale e ripetuto, trae forza da dinamiche di gruppo basate sull'indifferenza o sulla complicità silenziosa. Allenare la capacità di riconoscere le emozioni e le sofferenze altrui rende più difficile ignorare l'impatto negativo dei comportamenti aggressivi e stimola la solidarietà nei confronti delle vittime. Diversi studi hanno evidenziato che gli attori di episodi di bullismo tendono a presentare bassi livelli di empatia affettiva, con scarse capacità di condividere le emozioni altrui, pur mostrando talvolta buone abilità di empatia cognitiva (la comprensione delle emozioni altrui). Questo paradosso

spiega come molti autori di atti di bullismo riescano a "leggere" lo stato emotivo della vittima, ma senza provare reale partecipazione affettiva, utilizzando anzi queste informazioni per esercitare un controllo più efficace. Non solo gli aggressori, ma anche i "bystanders" (spettatori silenziosi) sono influenzati dai loro livelli di empatia. Un basso coinvolgimento empatico rende più probabile che restino indifferenti, rafforzando implicitamente l'aggressore. Al contrario, studenti con alta empatia tendono a diventare "difensori", intervenendo a favore della vittima e contribuendo a interrompere la dinamica di gruppo. Interventi scolastici mirati allo sviluppo dell'empatia hanno mostrato una riduzione significativa dei comportamenti di bullismo. Programmi basati su attività di role-playing, discussione guidata di emozioni e storie, o tecniche di mindfulness favoriscono la capacità degli studenti di riconoscere la sofferenza altrui e di assumere la prospettiva della vittima. Tali pratiche non solo aumentano

la prosocialità, ma migliorano la regolazione emotiva, fattore protettivo contro condotte aggressive. Pertanto il fenomeno del bullismo riflette carenze nelle competenze socio-emotive, tra cui l'empatia. Sviluppare tale capacità nei contesti scolastici non solo riduce l'incidenza delle condotte aggressive, ma trasforma l'intero clima relazionale: da un ambiente basato sulla paura e sul silenzio, a una comunità fondata sul rispetto e sulla solidarietà. Numerose ricerche confermano il valore neuroeducativo dell'empatia. Secondo uno studio pubblicato su *Nature Neuroscience* nel 2021, l'attivazione del circuito neurale del default mode network è correlata alla capacità di mettersi nei panni degli altri. Inoltre, i dati del CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) mostrano che i programmi scolastici che includono l'educazione socio-emotiva migliorano del 11% le performance scolastiche. Studi italiani, come quelli coordinati dall'Università di

Padova, indicano che attività didattiche orientate all'empatia riducono significativamente fenomeni di bullismo e aumentano il senso di appartenenza al gruppo classe. Integrare l'empatia nel curriculum scolastico pertanto, si configura come necessità pedagogica e sociale. Essa contribuisce al benessere psicologico individuale, favorisce la costruzione di comunità scolastiche più coese e rappresenta una strategia efficace nella prevenzione del bullismo. a scuola può diventare un "laboratorio emotivo", dove gli alunni imparano a riconoscere i propri sentimenti e quelli degli altri, sviluppando così intelligenza emotiva e responsabilità sociale. Investire in programmi educativi orientati all'empatia significa formare non solo studenti più competenti dal punto di vista cognitivo, ma anche cittadini più consapevoli, rispettosi e responsabili.

BIBLIOGRAFIA

- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Morris, A. S.

- (2014). Empathy-related responding in children. *Annual Review of Psychology*, 65, 459–485.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive Behavior*, 32(6), 540–550.
 - Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social–emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program. *Developmental Psychology*, 51(1), 52–66.

Dissociazione e trauma: la dissociazione emotiva traumatica

di Ilenia Gregorio

La dissociazione emotiva traumatica è un meccanismo di difesa psicologico in cui la mente "stacca" o disconnette le emozioni e le sensazioni dal ricordo di un'esperienza traumatica o da altre parti della coscienza, rendendo difficile l'integrazione completa di questi elementi e alterando il senso di sé. Questo processo può manifestarsi con una diminuzione della capacità di provare emozioni, sensazioni di estraneità dal proprio corpo o dalla realtà, e la frammentazione della personalità in diverse parti. La dissociazione emotiva è una risposta alla percezione di un pericolo o minaccia che l'individuo non riesce a integrare nella propria

esperienza, e si verifica specialmente in seguito a traumi gravi e prolungati.

Avere a che fare con disturbi post-traumatici, quindi, implica fare i conti con la dissociazione. L'idea generale è che ciò che non riesce a essere elaborato e mentalizzato, inerente un trauma o più traumi, venga dissociato dalla coscienza e sospinto in un luogo protetto non facilmente raggiungibile in modo conscio.

Il materiale staccato dalla dissociazione tuttavia risulta fortemente influente sulla vita della persona e in grado di procurargli grandi problematiche a livello di sintomi psicopatologici.

Un meccanismo di difesa simile, "verticale", aiuta la mente a mantenersi adattata all'ambiente circostante, al prezzo però della sensazione di un senso di incoerenza del

Sé e della compromissione di quelle funzioni mentali superiori che consentono di percepirsi integrati e “realizzati” in senso psichico.

Per portare la questione su un esempio concreto, immaginiamo un paziente che abbia da poco superato un grosso incidente d'auto in cui ha visto morire alcuni cari amici: le immagini immagazzinate relative all'incidente, i percetti più “indigesti” dal punto di vista psichico, potranno venire dissociati e riposti in una zona nascosta della coscienza. Come succede spesso nel disturbo da stress post-traumatico, gli stessi percetti torneranno a farsi “vedere” dall'individuo sottoforma di flashback intrusivi, molto disturbanti e ossessionanti, ponendo la persona di fronte alla necessità di attivare

strategie di controllo e risoluzione del sintomo.

Genericamente possiamo considerare i sintomi dissociativi dei fallimenti nel tentativo fatto dalla mente di tenere separati -scissi, appunto- contenuti e aree psichiche che per ragioni di funzionamento dell'intero sistema è meglio non si tocchino. Usando una metafora grossolana, è come se nel momento del rischio di allagamento e di affondare, la stiva di una grande nave fosse suddivisa in compartimenti stagni per impedire all'acqua di penetrare ovunque. La mente dissocia contenuti troppo potenti e attivanti in senso emotivo, per poter continuare ad adattarsi al mondo circostante.

Come illustra il lavoro clinico di Van Der Hart (2011), a seguito di dinamiche di questo tipo, si produce una rottura della

coerenza del Sé e una suddivisione della personalità in due o più parti, attive in parallelo e osservanti modalità e regole di funzionamento diverse. Persone con questo tipo di problematiche e la cui psicologia utilizzi meccanismi di difesa verticali, immaturi o disfunzionali, possono andare incontro a sintomi dissociativi di varia natura.

I teorici del continuum (Bernstein, Putnam 1986) sostengono esista un gradiente di gravità dei sintomi stessi, partendo da un senso di straniamento nei confronti della realtà, fino al vissuto di depersonalizzazione (visione di sé dall'esterno) e derealizzazione (incredulità sulla realtà) e alla creazione di un disturbo dissociativo dell'identità. I sintomi dissociativi sono quindi gli stessi, sempre, ma

posseggono livelli di gravità diversi.

I teorici della dissociazione strutturale, invece, (e Van Der Hart fa parte di quest'ultimo gruppo), sostengono esistano diverse forme di disturbo dissociativo con impatti diversi sulla psiche della persona (i sintomi dissociativi cambiano e hanno impatti diversi perché hanno natura diversa).

Al di là della diversa posizione tenuta dai due gruppi, si pensa che i sintomi dissociativi rappresentino un fallimento della funzione meta-cognitiva dell'integrazione: esistono elementi diversi dell'esperienza i cui effetti sulla psiche non riescono a essere integrati.

Nel recente lavoro di Lanius e Frewen "La cura del sé traumatizzato" sono descritte diverse tipologie di sintomo dissociativo, a partire da un

modello quadruplo che contempla quattro dimensioni:

- tempo
- pensieri
- corpo
- emozioni

Prendendo ognuno di questi domini della psicologia e della soggettività dell'uomo, gli autori, ponendosi come prima si diceva entro una posizione che prevede un continuum dei sintomi dissociativi, spiegano come per ognuno appunto di questi domini possano manifestarsi sintomi di natura post traumatica con un diverso gradiente e livello di dissociazione,

A seconda di come sia stato vissuto e rappresentato il trauma, o in che età questo sia stato esperito o con quale frequenza o intensità, gli autori procedono ad analizzare come la percezione del tempo, il pensiero, il corpo e l'emotività possano subire

distorsioni a seconda del livello di gravità del disturbo post traumatico. Per fare esempi concreti, prendono in analisi molteplici casi clinici in cui osservano come per esempio il senso del tempo subisca profonde trasformazioni quando si è immersi in un flashback post traumatico.

L'assunto generale che sta alla base del lavoro di Lanius e Frewen è che, al massimo grado della loro potenza, i sintomi post-traumatici riescano a produrre un'alterazione della coscienza che conduce a una sorta di aggravamento del sintomo stesso, che si tramuta in qualcosa di più complesso, con una fenomenologia diversa, che a volte viene scambiato per sintomo "psicotico" ma che, di fatto, non lo è.

All'interno del dominio per esempio del tempo, si osservano casi di distorsione e rallentamento del tempo soggettivo: si può rimanere immersi dentro un flashback vivido per mezz'ora, immaginando che siano passati cinque minuti. Oppure, entro il dominio dei pensieri, gli autori descrivono come a partire da una gravità più o meno alta dei sintomi post-traumatici, si possano osservare sintomi diversificati, dai semplici pensieri negativi rivolti a sé, per finire a sentire voci che provengono da dentro la mente (differenti da quelle attribuite a disturbi di natura psicotica, a provenienza esterna a sé).

Procedendo con la disamina della fenomenologia del post-trauma, gli autori osservano quindi come nel dominio del corpo possano osservarsi gradienti diversi di sintomi,

anche qui dal semplice stato di iper-arousal fino al senso di "derealizzazione", cioè di distacco dal proprio corpo, oppure arrivando e a quelli che venivano in passato chiamati sintomi convertivi (parti del corpo anestetizzate senza apparenti motivi medici, etc.).

Infine, per quanto riguarda il dominio emotivo, Lanius e Frewen spiegano come sopravvivere a un trauma possa rendere estremamente difficoltoso accedere alla dimensione dell'emotività, specialmente quando si tratti di maneggiare emozioni di segno positivo come la gioia o la serenità, vissute come aliene o estranee.

In conclusione possiamo affermare che l'esposizione a eventi traumatici gravi e soverchianti, soprattutto se infantili, può portare all'insorgenza della

dissociazione come strategia di sopravvivenza. Ciò è causato quindi da un fallimento dell'integrazione:

Quando un'esperienza è troppo dolorosa o spaventosa, la mente non riesce ad integrarla completamente, portando alla scissione di pensieri, emozioni e memorie.

Tra le manifestazioni di questa condizione troviamo:

Anestesia emotiva: una sensazione di appiattimento emotivo o la mancanza di percezione di certe emozioni.

Estraneità: con esperienze di derealizzazione (il mondo appare irreali) o depersonalizzazione (sentirsi estranei al proprio corpo e ai propri processi interiori).

Frammentazione del sé: la personalità può apparire divisa in parti che operano in modo separato, una parte "normale" che gestisce la vita quotidiana

e una o più parti "emotive" bloccate nell'evento traumatico.

Ricordi e flashback: la dissociazione può manifestarsi con intrusioni di ricordi, sentimenti o sensazioni legate al trauma che emergono improvvisamente, a volte accompagnate da flashback.

La dissociazione, in effetti, agisce come uno scudo, proteggendo la persona da un dolore emotivo o un trauma troppo intenso per essere gestito, preservando la capacità di sopravvivere e funzionare nella vita di tutti i giorni. E'indubbiamente un meccanismo di difesa psicotico/immaturo che può divenire altamente disfunzionale se usata in modo costante e patologico.

Come intervenire?

Sicuramente il trattamento più indicato è l'intervento

psicoterapeutico: Un aiuto professionale è essenziale per elaborare i traumi, integrare le esperienze dissociate e ripristinare un senso di coerenza e continuità dell'identità.

Bibliografia:

Boon, S., Steele, K., Van der Hart, O. (2011). "La dissociazione traumatica: Comprenderla e affrontarla".

E M Bernstein, F W Putnam, "Development, reliability, and validity of a dissociation scale". PMID: 3783140; DOI: 10.1097/00005053-198612000-00004. 1986.

Giannantonio Michele "Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi". Centro Scientifico Editore. 2009.

Giovanni Liotti e Benedetto Farina; "Sviluppi traumatici.

Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa". 2011. Raffaello Cortina Editore.

Judit L. Heramn "Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo". 2005. Magi Edizioni.

Lanius, R. F., Frewen, P. "La cura del sé traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento". 2017. Giovanni Fioriti Editore.

Peter Levine "Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale (2011) – Somatic Experiencing".

Puliatti Maria "La psicotraumatologia nella pratica clinica. Interventi di stabilizzazione con adulti, bambini e adolescenti". Mimesisi Clinica del Trauma e della Dissociazione. 2017.

Schimmenti, A.. (2017). "La dissociazione traumatica: Aspetti teorici, diagnostici e clinici". *Psichiatria e Psicoterapia*, 36(2), 56-67

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2011). "Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale". Raffaello Cortina Editore

Van der Kolk, B.A. "Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche". 2015. Raffaello Cortina Editore.

Social media e autolesionismo tra gli adolescenti

di Antonia Bellucci

L'uso dei social media è diventato una parte integrante della vita quotidiana degli adolescenti, con oltre il 90% di essi che utilizzano regolarmente piattaforme come Instagram, Facebook e TikTok (Pew Research Center, 2020). Tuttavia, l'uso eccessivo dei social media è stato associato ad una serie di problemi psicologici, tra cui l'autolesionismo (Luxton et al., 2012), un comportamento che consiste nell'infliggersi intenzionalmente lesioni fisiche, spesso come modo per affrontare lo stress emotivo o la sofferenza psicologica (Nock, 2009).

Questo vale, in particolare, nei giovani che già sperimentano difficoltà nella loro salute mentale (Tørmoen et al., 2023).

Diversi studi hanno trovato una relazione positiva tra l'uso dei social media e

l'autolesionismo tra gli adolescenti.

Ad esempio, uno studio condotto da Marchant et al. (2017) ha trovato che gli adolescenti che utilizzavano più frequentemente i social media erano più propensi ad impegnarsi in comportamenti autolesionistici. Un altro studio condotto da Lewis et al. (2019) ha trovato che l'esposizione a contenuti pro-autolesionistici sui social media era associata a un aumento del rischio di autolesionismo tra gli adolescenti.

Diversi meccanismi psicologici possono spiegare la relazione tra social media e autolesionismo. Ad esempio, l'uso dei social media può aumentare la sensazione di isolamento sociale e di solitudine, che può a sua volta aumentare il rischio di autolesionismo (Holt-Lunstad et al., 2015). Inoltre, l'esposizione a contenuti pro-autolesionistici sui social media può normalizzare e glorificare l'autolesionismo, aumentando il rischio di comportamenti autolesionistici (Lewis et al., 2019).

Una parte di letteratura si sta concentrando nell'approfondire se il pensiero ripetitivo, in particolare la **ruminazione**, possa giocare un ruolo in questo senso, con risultati ancora non chiarissimi, ed a maggior ragione importante fonte di ragionamento clinico.

La **ruminazione** è una modalità di pensiero ripetitivo utilizzato tipicamente dalla maggior parte di noi come strategia, seppur maladattiva, di gestione degli stati mentali caratterizzati da emozioni a connotazione negativa (Cheung et al., 2024; Casselli, Ruggiero & Sassaroli, 2017), la quale però, per un discorso di focalizzazione attenta su tali stati mentali, ottiene, come spesso capita alle strategie maladattive di gestione, esattamente ciò che voleva evitare: il mantenimento, nonché il rinforzo, dello stato mentale a connotazione negativa (Lavender & Watkins, 2004; Moberly & Watkins, 2008; Wells, 1995; 2012; Casselli, Ruggiero & Sassaroli, 2017). A quel punto la sofferenza diventa tale che, oltre ad evidenziare il

fallimento della **ruminazione** come strategia di gestione, richiede una strategia di coping di emergenza, di nuovo maladattiva a causa delle sottese difficoltà, che spesso, soprattutto negli adolescenti, si manifesta con l'**autolesionismo**, allo scopo di "fermare il dolore", "sentire altro", "ritornare in me" ... e così via.

APPROFONDIAMO UN PÓ LA RUMINAZIONE: La ruminazione è un processo di pensiero analitico, ripetitivo, retrospettivo, focalizzato su emozioni a connotazione negativa che, nella percezione del paziente, ha lo scopo di analizzare il problema e comprenderne le cause. Tale scopo, purtroppo, rappresenta una metacredenza positiva che mantiene di fatto il pensiero ripetitivo ed il paziente dentro una sindrome cognitivo affettiva (CAS), la quale impedisce il ristoro del tono dell'umore. È, quindi, causa, incremento e fattore di mantenimento (Casselli, Ruggiero & Sassaroli, 2017).

Dobbiamo inoltre considerare che la **ruminazione non è**

caratteristica soltanto dei disturbi dell'umore, ma rappresenta un costrutto transdiagnostico, che va quindi sempre valutato e misurato, ed il cui trattamento ha bisogno di essere implementato nei progetti di psicoterapia. Prolunga ed amplifica, ovviamente, la flessione del tono dell'umore ma riguarda anche l'evitamento, la riduzione della capacità di problem solving, le prestazioni delle funzioni cognitive (attenzione, memoria, funzioni esecutive), contribuisce alla riduzione dell'autostima e della motivazione al cambiamento (Casselli, Ruggiero & Sassaroli, 2017).

La psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) può essere un trattamento efficace per gli adolescenti che soffrono di autolesionismo (Hofmann et al., 2010). La CBT può aiutare gli adolescenti ad identificare e a sfidare i pensieri e le credenze negative che contribuiscono all'autolesionismo, e a sviluppare strategie più adatte per affrontare e

fronteggiare lo stress emotivo e la sofferenza psicologica.

Bibliografia:

Casselli G, Ruggiero GM, Sassaroli, S. (2017). Rimuginio. Raffello Cortina Ed.

Cheung JC, et al. Examining the relationship between subtypes of rumination and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review. *Suicide Life Threat Behav.*, 2024;00:1-28

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(2), 103-110.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2015). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 12(7), e1001870.

Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (2019). Non-suicidal self-injury and social media: A systematic review. *Journal of Adolescent Health, 65*(3), 347-355.

Luxton, D. D., June, J. D., & Fairall, J. M. (2012). Social media and suicide: A systematic review. *Crisis, 33*(5), 291-299.

Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singhal, A., & Tyrer, P. (2017). A systematic review of the relationship between internet use and self-harm. *Journal of Adolescent Health, 60*(6), 723-733.

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? *Journal of Clinical Psychology, 65*(2), 139-151.

Pew Research Center. (2020). *Mobile Technology and Home*

Broadband 2020. Recuperato da (link non disponibile)

Tørmoen, A.J., Myhre, M.Ø., Kildahl, A.T. et al. (2023). A nationwide study on time spent on social media and self-harm among adolescents. *Sci Rep 13*, 19111

SULLA VERGOGNA

di Cinzia Saponara

PREMESSA

In Psicologia, la Vergogna è considerata un'emozione secondaria, che si sviluppa nell'infanzia, di solito a partire dal secondo anno di vita, e che richiede una certa capacità cognitiva e una consapevolezza di sé in relazione all'altro.

Come sostiene Borgna (2001), una prima questione preliminare quando si parla di vergogna è che essa non può esistere senza un contesto interpersonale: "Non c'è emozione, non c'è vergogna, e non c'è del resto ansia e tristezza, se non in un contesto interpersonale". Secondo M. Lewis (1998) per provare vergogna occorre un livello di autoconsapevolezza riflessa che chiama

autocoscienza, una tappa fondamentale dello sviluppo cognitivo. Soltanto nella seconda metà del secondo anno, sempre secondo Lewis, viene raggiunta dal bambino la capacità di provare vergogna. Ha sostegno di questa ipotesi, l'autore cita una ricerca [Lewis e coll. 1989], nella quale è stata studiata la relazione tra autoriconoscimento allo specchio (come segno di autocoscienza) e indicatori comportamentali dell'imbarazzo (gestualità, volto, sguardo ecc...) in diverse situazioni. I risultati della ricerca hanno dimostrato che la maggior parte dei bambini, che superava la prima prova di riconoscimento, mostrava anche i segni di imbarazzo nelle prove successive (e viceversa).

La Vergogna è uno dei tanti fattori che assolve la funzione

di promuovere il processo di individuazione e separazione, agisce come fattore di formazione e difesa dell'identità (M.W Battacchi e O. Codispoti, 1992). Tuttavia, nel corso della crescita, se eccessiva può portare a regressioni e a gravi ricadute a livello psicologico: ritiro sociale, ruminazione, condotte antisociali, depressione, suicidio... con maggior probabilità ed intensità in età adolescenziale che, come sostiene Borgna E., è "il luogo, il momento della vita in cui l'esperienza della vergogna tende elettivamente a manifestarsi [...]". Esperire la vergogna fa parte del processo di costruzione e di definizione dell'identità di ogni singolo adolescente". "La vergogna è un sentimento sociale che gli adolescenti devono inevitabilmente affrontare. Essi sono infatti dei debuttanti nelle relazioni

sociali: escono dalla famiglia, dopo una lunga fase di dipendenza infantile, e si inseriscono nella società dei coetanei. Il problema che devono affrontare è quindi costruito dallo sguardo dell'altro, dalla buona o cattiva figura che faranno in occasione del loro debutto" (Bonettini F., 2010,). Non è raro in questo periodo l'acuirsi di gravi disagi psichici (spesso anche a causa di un'eccessiva vergogna): come il ritiro sociale, disturbi d'ansia e disturbi di condotta. In particolare, sono molti i casi di gravi fobie relative ad alcuni aspetti del proprio corpo. La vergogna, inoltre, è uno stato emotivo che caratterizza alcuni disturbi di personalità, questo sentimento è presente tipicamente nel Disturbo evitante di personalità, in maniera marcata anche nelle persone affette da Disturbo borderline di personalità, ed

è molto presente nei DCA . La letteratura sulle emozioni nei DCA è ampia ed è possibile parlare di “circoli emotivi” di mantenimento della sintomatologia. Da una ricerca di Skarderud (2007), attuata con un’ intervista semistrutturata che indaga il costrutto di vergogna nell’Anoressia Nervosa (AN), è emersa una classificazione delle tipologie di vergogna esperite da soggetti anoressici. Questa emozione è sia “vissuta” come interna (auto-valutazione negativa) che come esterna (sensazione che gli altri li giudichino negativamente). Colpa e vergogna possono inoltre spiegare la comorbilità esistente tra DCA e altre sindromi (Grabharn et al., 2006; Hayaki, et al., 2002): depressione, ansia e DCA sono i quadri più spesso associati

all’emozione di vergogna globale interiorizzata.

Ma, al contrario, chi non prova il sentimento della vergogna potrebbe avere difficoltà a comprendere le norme sociali o a sentirsi legato a valori morali. Il proverbio "Chi non conosce vergogna" spesso si riferisce a persone che agiscono in modo sfrontato, senza tener conto delle conseguenze morali o sociali delle proprie azioni. In altre parole, indica chi manca di quella capacità di provare vergogna o rimorso per le proprie azioni, soprattutto quando queste sono considerate disonorevoli o riprovevoli.

Il proverbio si collega all'idea che la vergogna sia un sentimento importante per la moralità e il comportamento umano. Chi non prova vergogna potrebbe essere

considerato insensibile, immorale o privo di coscienza. La vergogna, infatti, può essere vista come un meccanismo che ci aiuta a mantenere standard etici e a evitare azioni che potrebbero danneggiare noi stessi o gli altri. Sarebbe proprio questa la sua funzione sociale: impedirci di infrangere le regole.

La vergogna, infatti, è il sentimento di sentirsi un oggetto, di riconoscersi in quell'essere degradato, dipendente e cristallizzato che si è agli occhi degli altri. Come scrive Cargnello (1982, citato in Borgna 2007): "Chi si vergogna è infatti chi si sente diventato oggetto dell'osservazione altrui per quanto cerchi in tutti i modi di nascondersi di fronte agli altri, da cui si sente osservato, sorvegliato, scrutato, oggetto (appunto) di particolari

attenzioni ecc., e spesso non solo per le mere apparenze fisiche ma anche per quelle spirituali dagli astanti rilevate o attribuitegli".

Non va però confusa con l'imbarazzo, e soprattutto con il senso di colpa. L'imbarazzo può essere suscitato anche dal semplice esporsi allo sguardo degli altri (per esempio parlare in pubblico) senza aver trasgredito nulla. Oppure la violazione delle norme sociali è poco importante e non intenzionale, come quando ci si strappa per caso il vestito o si fa una gaffe a una cena importante.

L'imbarazzo è quindi dovuto a un fatto momentaneo e ha breve durata, mentre la vergogna persiste per molto tempo e di solito è dovuta a un'azione intenzionale. Ma la distinzione più importante da fare è quella con il senso di colpa, un

sentimento che si può provare solo a posteriori. Il senso di colpa ci fa sentire un comportamento che abbiamo adottato come sbagliato o indegno, ma senza intaccare la stima che si ha per se stessi, mentre vergognandosi ci si sente sbagliati come persone, bollati per l'azione compiuta e si desidera solo fuggire da una situazione, mentre chi prova colpa cerca di rimediare a ciò che ha fatto. La vergogna appare, in una duplice dimensione, come una punizione o come prezzo da pagare per poter acquisire coscienza e conoscenza sul sé e su di sé. La vergogna, quindi, come sentimento importante ai fini di acquisire maggiore consapevolezza. L'incontro penoso e vergognoso con lo sguardo dell'altro, nel quale da una parte ci sentiamo denudati e resi semplici oggetti, permette dunque la formazione di

nuove rappresentazioni interne, retrospettive, che permettono di allargare i confini del proprio sguardo egoistico ed egocentrico. Per questo Kilborne (2018) sottolinea la distinzione tra vergogna tossica e vergogna umanizzante. Si può vivere e rivivere un vissuto vergognoso come segno di una debolezza o di una mancanza, come un'intrusione dalla quale ci si deve in tutti i modi difendere perché essa non si ripresenti. Oppure si può accettare questo stato e la possibilità di caderci nuovamente, capaci di tollerare la vergogna come un'espressione della debolezza umana e della sua imperfezione.

Comunque, oggi, il problema della genesi della vergogna è ancora aperto. Dal punto di vista evolutivo vi sono aree intere di ricerca appena esplorate.

Erikson sostiene che soltanto attraverso un equilibrio sano tra autonomia, vergogna e dubbio si possa formare la volontà e stabilire così le basi della propria autostima e differenziazione dall'altro, proseguendo verso uno sviluppo sano e bilanciato.

Molti autori sostengono che nella società di oggi gli effetti della vergogna stiano via a via scemando a favore di una performance ottimale e duratura. Non si prova vergogna nell'inadempienza di valori morali ed etici interni, ma ci si vergogna solo in funzione di una prestazione non all'altezza dell'approvazione di un pubblico, di un follower o di uno spettatore. Per questo motivo è interessante riflettere su quali siano le possibili conseguenze di una società senza vergogna, nella quale provare vergogna non

significa più mettersi in discussione, ma semplicemente cambiare facciata per ritrovare un consenso perduto.

CONCLUSIONI

Dal possibile scenario di un mondo senza vergogna, nasce, pertanto, il bisogno di riconsiderare la vergogna come una delle emozioni fondamentali per acquisire maggiore consapevolezza sulla propria individualità. Le diverse teorie psicologiche, nonostante propongano analisi con fini diversi e differenti terapie, concordano nel fatto che la vergogna sia un momento di contatto tra sé e parti di sé che si vuol tenere nascoste. Che essa abbia conseguenze negative o positive, è luogo, comunque, seppur spesso disagiante e doloroso, d'incontro e di conoscenza delle parti che ci

costituiscono. Nella sua ambivalenza, la vergogna, dal farci sentire umiliati e deboli, da essere motore di pensieri negativi che minano la nostra autostima, può arrivare ad essere un'opportunità di crescita, di lavoro sul giudizio dell'altro e un'occasione per sviluppare un pensiero autentico, critico e controcorrente.

J. Hayaki 2002 “*Vergogna e gravità dei sintomi bulimici*” Comportamenti alimentari 3(1):73-83-PubMed;

Lewis M. 1998 “*Il sé a nudo. Alle origini della vergogna*” Giunti Ed.;

Maggioni D, M.Vera Luria, 2007 “*Trauma, vergogna e narcisismo secondo B. Kilborne*”, Franco Angeli;

F. Skårderud “*Vergogna e orgoglio nell'anoressia nervosa: uno studio descrittivo qualitativo*” Eur Eat Disord Rev. Marzo 2007;

Turnaturi G. 2012 “*Vergogna. Metamorfosi di un'emozione*”. Feltrinelli, Milano.

BIBLIOGRAFIA

M.W.Battacchi Olga Codispoti 1992 “*La vergogna*”- Ed. Il Mulino;

F Bonettini “*Il ruolo della vergogna in adolescenza: ripercussioni su immagine corporea, comportamento sociale e condotte a rischio*” - ... / dipendenze: rivista quadrimestrale: 16, 2, 2010 , 2010 - torrossa.com;

Borgna E. 2001 “*L'Arcipelago Delle Emozioni*”- Feltrinelli ed. ;

Debord, G. (1967). “*La società dello spettacolo*”. De Donato Editore, Milano;

Erikson E. H. (2008) “*Infanzia e società*”. Armando editore, Roma;