

Psicologinews.it

Scientific

Neurodivergenze e disallineamento cognitivo: dalla correzione individuale alla trasformazione sistemica
di Roberto Ghiaccio
pag 22

Il Pensiero Ripetitivo: Rimurgonio e Ruminazione
di Cinzia Saponara
pag 27

Neuroplasticità materna e psicopatologia postpartum: cambiamenti cerebrali nella transizione alla maternità e limiti scientifici nello studio del filicidio materno
di Antonia Bellucci
pag 36



Dopamine-scrolling: la dipendenza silenziosa dell'era digitale

di Anna Borriello, Francesca Dicè pag 4

Bullismo: il duplice disagio di vittima e carnefice

di Ilenia Gregorio pag 12



REDAZIONE

Anna Borriello
Antonia Bellucci
Cinzia Saponara
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: 17 dicembre 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

Dopamine-scrolling: la dipendenza silenziosa dell'era digitale

di Anna Borriello,
Francesca Dicè pag 4

Bullismo: il duplice disagio di vittima e carnefice

di Ilenia Gregorio pag 12

Neurodivergenze e disallineamento cognitivo: dalla correzione individuale alla trasformazione sistemica

di Roberto Ghiaccio
pag 22

**Il Pensiero Ripetitivo:
Rimurgonio e
Ruminazione**

di Cinzia Saponara
pag 27

**Neuroplasticità materna e psicopatologia postpartum:
cambiamenti cerebrali nella transizione alla maternità e limiti scientifici nello studio del filicidio materno**

di Antonia Bellucci
pag 36

Dopamine-scrolling: la dipendenza silenziosa dell'era digitale

**di Anna Borriello,
Francesca Dicè**

Negli ultimi anni i social network hanno affinato una capacità sempre più evidente: catturare la nostra attenzione. Ma dietro l'innocuo gesto del pollice che scorre c'è un meccanismo psicologico complesso, oggi noto come dopamine-scrolling. Un fenomeno tanto quotidiano quanto insidioso, che sta attirando l'interesse crescente di psicologi, neuroscienziati e professionisti della salute mentale. Ma cos'è il dopamine-scrolling?

Il termine descrive quella tendenza a scorrere compulsivamente il feed dei social in cerca di contenuti sempre nuovi e più gratificanti. A livello neurobiologico, questo comportamento attiva ripetutamente i circuiti della ricompensa dopaminergica, gli stessi coinvolti in svariate forme di dipendenza.

L'esperienza è semplice: un meme divertente, un video emozionante, una notizia sorprendente. Sono stimoli brevi, immediati, imprevedibili. Proprio questa imprevedibilità – nota come “rinforzo intermittente” – è particolarmente potente nel generare abitudine e nel mantenerci incollati allo schermo. Tre sono i fattori psicologici che amplificano il fenomeno:

1. Micro-ricompense frequenti
Contenuti brevi e ad alto impatto attivano la dopamina in cicli rapidi. Anche se la gratificazione è piccola, la ripetizione la rende potente.
2. Sovraccarico attentivo
Le piattaforme competono per la nostra attenzione con un bombardamento continuo di stimoli. Il risultato è un'attenzione “a scatti”, meno capace di reggere compiti lunghi o profondi.
3. Evasione emotiva
Lo scrolling diventa spesso un rifugio da

noia, ansia o stress. Ma questa compensazione ha vita breve, e il ciclo riprende.

Tuttavia, sebbene i social possano avere anche effetti positivi – connessione sociale, intrattenimento, accesso a informazioni – il dopamine-scrolling può avere effetti sulla salute mentale ed associarsi a:

- riduzione della capacità di concentrazione
- aumento di ansia e senso di irrequietezza
- alterazione del ritmo sonno-veglia
- percezione distorta del tempo
- calo della produttività e procrastinazione

Alcune ricerche suggeriscono anche un legame con un minore benessere emotivo, dovuto al costante confronto sociale e al senso di “incompletezza” generato dai contenuti ideali e perfetti che popolano i feed. A tal proposito, le nuove piattaforme – in particolare quelle basate su video brevi – sono progettate per massimizzare il tempo di permanenza.

Il dopamine-scrolling dunque non è semplicemente un’abitudine moderna, ma un vero e proprio pattern comportamentale che può avere conseguenze rilevanti sul funzionamento psicologico. Gli effetti non derivano da un singolo meccanismo, ma dall’interazione tra neurobiologia, attenzione, regolazione emotiva e percezione di sé. La continua esposizione a contenuti brevi, rapidi e gratificanti può allenare il cervello a ricercare stimoli immediati, riducendo la tolleranza per compiti che richiedono concentrazione sostenuta con conseguente difficoltà a mantenere la concentrazione su attività monotone o impegnative (studio, lettura, lavoro profondo), maggiore distraibilità e bisogno di controllare il telefono anche durante altre attività, sensazione di “mente frammentata”, con difficoltà a seguire ragionamenti complessi. Tale effetto è legato al fenomeno dell’attenzione residua: una parte della nostra mente rimane ancorata allo stimolo

digitale, sottraendo risorse cognitive disponibili. In aggiunta, molte persone sperimentano ansia quando non possono accedere allo smartphone o quando il feed non fornisce contenuti “gratificanti” per un po’ di tempo. Ciò deriva da oscillazioni dopaminergiche rapide, aspettative implicite di ricompensa immediata e paura di perdere informazioni o trend in corso (*FOMO*). Lo scrolling può diventare un regolatore emotivo “fai-da-te”: un modo rapido per sedare micro-stress e micro-frustrazioni. Ma più ci si affida a questa strategia, meno si sviluppano forme più sane di autoregolazione, generando un circolo vizioso. Inoltre, l'utilizzo serale dei social – specie video brevi e altamente stimolanti – interferisce con il ritmo circadiano e con la qualità del sonno per diversi motivi quali la luce blu che ritarda la produzione di melatonina, la sovraeccitazione cognitiva dovuta ai continui stimoli emotivi impediscono il rilassamento ed infine, l'effetto “flusso infinito”, ovvero la

difficoltà a disattivare lo scrolling anche quando si ha sonno. La privazione di sonno amplifica di conseguenza sintomatologia quale ansia, irritabilità, stress e riduzione della performance cognitiva. È possibile inoltre riscontrare effetti su autostima e immagine di sé. Il feed, specialmente nei social visivi, presenta una selezione altamente curata e filtrata della vita altrui. Il dopamine-scrolling aumenta il tempo passato in questo ambiente e quindi amplifica alcuni effetti quali il confronto sociale costante (spesso implicito e automatico), l'interiorizzazione di standard estetici o di successo irrealistici e la maggiore vulnerabilità a sentimenti di inadeguatezza o “ritardo di vita” (*life lag*). Life lag è un termine sempre più usato in psicologia culturale e nei media digitali per descrivere una sensazione soggettiva di *ritardo* rispetto agli altri nella propria vita personale, professionale o sociale. Fa riferimento ad un vissuto emotivo complesso che nasce soprattutto dal confronto continuo con vite

altrui, spesso idealizzate, come quelle mostrate sui social. Life lag è dunque la percezione di “essere indietro” rispetto a un ipotetico standard di sviluppo personale; è alimentato da tre fattori principali:

✓ **Confronto sociale amplificato**

I social mostrano versioni altamente curate, filtrate e selezionate della vita degli altri. Questo porta a confrontarsi con standard irrealistici.

✓ **Narrazioni culturali lineari**

Viviamo in una società che propone tappe “giuste” e “tempistiche corrette” (studio → lavoro → relazione → casa → famiglia). Chi devia da questo percorso può sentirsi fuori tempo.

✓ **Ritmo accelerato dell’era digitale**

Le notizie, i successi altrui, i cambiamenti: tutto sembra avvenire in tempo reale e con una velocità impossibile da eguagliare.

Dal punto di vista psicologico, il life lag può generare autocritica e senso di inadeguatezza, ansia da

prestazione, difficoltà a valorizzare il proprio percorso, sensazione di stagnazione o fallimento. Spesso si accompagna a bassa autostima, disorientamento e desiderio di “recuperare” rapidamente, anche senza una direzione chiara.

Il dopamine-scrolling intensifica il life lag perché aumenta il tempo trascorso in ambienti dove gli altri sembrano sempre “più avanti”; presenta contenuti rapidi e ad alto impatto emotivo che fanno emergere confronti automatici; riduce i momenti di riflessione personale, sostituendoli con stimoli esterni. In altre parole, più scrolliamo, più rischiamo di sentirci indietro nella nostra stessa vita.

Lo scorrere continuo riduce anche il tempo per la riflessione personale, lasciando che l’identità si formi in modo più reattivo e meno consapevole.

Inoltre, il meccanismo di micro-ricompense rapide tipico del dopamine-scrolling rende più difficile impegnarsi in attività che richiedono gratificazioni differite (studio, progetti professionali, obiettivi

personali) con conseguente aumento della procrastinazione, abbassamento della soglia di noia, bisogno crescente di stimoli veloci per “attivarsi”, difficoltà a provare soddisfazione da attività lente e profonde. Come se il cervello si “ri-tarasse” su un livello più alto di stimolazione necessaria per sentirsi ingaggiato. Per ciò che concerne l’impatto sulla regolazione emotiva e sulla resilienza, quando archivia stress, solitudine o frustrazione, lo scrolling può offrire una tregua temporanea, ma nel lungo periodo può indebolire la capacità di tollerare emozioni negative senza ricorrere immediatamente a un distrattore, elaborare vissuti difficili, rimanere presenti e consapevoli in momenti di disagio. Questo riduce la resilienza psicologica e porta a una maggiore reattività agli stress quotidiani. Molti utenti riferiscono, dopo lunghe sessioni di scrolling, un senso di vuoto, perdita di tempo o colpa. Questo vissuto, ripetuto, può incidere su:

- umore
- autostima
- capacità di vivere con pienezza il tempo libero.

È un fenomeno simile alla “hangover digitale”: un malessere post-esposizione che si combina con la tendenza a ripetere il comportamento. L’hangover digitale è un’espressione metaforica – ispirata alla “sbornia” post-alcol – usata per descrivere il malessere che molte persone provano dopo un uso eccessivo, compulsivo o disordinato dei dispositivi digitali, soprattutto social network e piattaforme basate su scroll infinito. L’hangover digitale è quella sensazione di mente annebbiata, irritabilità o tristezza leggera, senso di “vuoto” o insoddisfazione, stanchezza cognitiva e rimorso per il tempo perso che sopraggiunge *dopo* aver passato troppo tempo davanti allo schermo, spesso in modalità passiva o compulsiva.

È la fase “post-consumo”, quando la stimolazione dopaminergica cala

bruscamente e ci rendiamo conto di aver esagerato. Le componenti principali sono:

1. Sovraccarico cognitivo
L'esposizione a centinaia di stimoli veloci (video brevi, reel, post, notifiche) stressa i sistemi attentivi e lascia una sensazione di stanchezza mentale.

2. Crollo della dopamina
Dopo una fase di stimolazione continua e micro-ricompense, il cervello passa a una fase di "basso", simile a quella che segue qualsiasi attività altamente gratificante.

3. Conflitto interno e autocritica

Molte persone provano sensi di colpa o frustrazione per aver perso tempo, non essersi controllate, aver procrastinato attività importanti. Questo alimenta il malessere emotivo.

4. Dissonanza tra aspettative e realtà

I contenuti altamente curati e performanti dei social possono generare confronti negativi e, a posteriori, un senso di insoddisfazione verso la propria giornata o la propria vita. L'hangover

digitale può includere affaticamento mentale, difficoltà di concentrazione, calo dell'umore, irritabilità, difficoltà ad addormentarsi, sensazione di "disconnessione" da sé e dall'ambiente. Spesso dura da pochi minuti a un paio d'ore, ma se si ripete frequentemente può contribuire a uno stato di malessere più generalizzato. A tal riguardo, il dopamine-scrolling – con le sue ricompense rapide e intermittenti – è uno dei comportamenti digitali che più facilmente conduce a un hangover digitale.

Dopo una sessione intensa di swipe, il cervello passa da un picco di stimolazione a una caduta brusca, generando quella sensazione di svuotamento e stanchezza emotiva tipica del fenomeno. Pertanto, il dopamine-scrolling non danneggia soltanto l'attenzione: interviene in modo profondo sulla regolazione emotiva, sulla percezione di sé e sul benessere quotidiano. Non si tratta di demonizzare i social, ma di riconoscere che questi

strumenti, se usati senza consapevolezza, sfruttano vulnerabilità psicologiche molto umane.

Come spesso accade, la sfida non è eliminare la tecnologia, bensì riappropriarci del modo in cui la utilizziamo. Scorrere è facile. Scegliere è più difficile, ma anche molto più liberante.

BIBLIOGRAFIA

- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2016). *Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction*. American Psychologist, 71(8), 670–679. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>
- Elhai, J. D., Levine, J. C., Dvorak, R. D., & Hall, B. J. (2017). *Non-social features of smartphone use are most related to depression, anxiety and problematic smartphone use*. Computers in Human Behavior, 69, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.12.023>
- Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada, M. M. (2018). *The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 226, 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.007>
- Schultz, W. (2016). *Reward functions of the basal ganglia*. Journal of Neural Transmission, 123(7), 679–693. <https://doi.org/10.1007/s00702-016-1510-0>
- Wilmer, H. H., Sherman, L. E., & Chein, J. M. (2017). *Smartphones and cognition: A review of research exploring the links between mobile technology habits and cognitive functioning*. Frontiers in Psychology, 8, 605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00605>
- Zald, D. H., & Treadway, M. T. (2017). *Reward*

- processing, neuroeconomics, and psychopathology.* Annual Review of Clinical Psychology, 13, 471–495. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045141>
- Zhao, Q., & Bhatia, S. (2021). *Measuring engagement with social media: The psychology of variable reward structures.* Social Psychological and Personality Science, 12(7), 1263–1274. <https://doi.org/10.1177/1948550620978027>

Bullismo: il duplice disagio di vittima e carnefice

di Ilenia Gregorio

Il bullismo è una manifestazione violenta e intenzionale di tipo verbale o fisico, perpetrata e reiterata nel tempo, da una o più persone (i bulli) nei confronti di una vittima considerata più debole. Si presenta come uno squilibrio di potere tra una persona o un gruppo che ne aggredisce un'altra, che non può adeguatamente difendersi, per danneggiarla fisicamente o psicologicamente. Questo abuso ha lo scopo di dominare e causare sofferenza psicologica, isolamento o danno alla vittima. Le manifestazioni del bullismo includono aggressioni fisiche, verbali (insulti, pettegolezzi) ed esclusioni sociali, che

possono avvenire anche online, dando origine al fenomeno del cyberbullismo. Questo fenomeno è caratterizzato da:

Intenzionalità: le azioni sono compiute con la volontà di fare del male.

Sistematicità: gli atti non sono isolati ma si ripetono nel tempo.

Asimmetria di potere: il bullo è percepito come più forte (fisicamente o socialmente) rispetto alla vittima.

Aggressione: può essere fisica (spintoni, pugni), verbale (insulti, soprannomi offensivi) o indiretta (diffondere pettegolezzi, escludere da un gruppo).

Per la vittima le conseguenze possono includere insicurezza, ansia, depressione, disturbi del sonno, mal di testa, mal di pancia, isolamento sociale e, nei casi più gravi, ritiro

scolastico. Per il bullo: possono esserci cali nel rendimento scolastico, difficoltà relazionali e, nel lungo termine, un aumento di comportamenti antisociali o aggressivi.

Il bullismo, purtroppo, può creare un clima di paura e indifferenza, in cui gli spettatori si sentono a disagio ma non intervengono.

E' una ferita che lascia cicatrici profonde, è una forma di violenza subdola, spesso invisibile, che mina la dignità e l'equilibrio emotivo di chi ne è vittima. Subire bullismo non è un innocuo rito di passaggio, ma getta una lunga ombra sulla vita delle persone coinvolte. Il bullismo viola i diritti fondamentali delle persone, soprattutto di bambini e ragazzi ed è un attacco diretto all'uguaglianza, alla tolleranza e all'inclusione. Ecco perché, parlare di

bullismo non è mai solo un esercizio informativo: è un atto di responsabilità civile e collettiva. È fondamentale non sottovalutare il problema, sia che si sia vittima, bullo o spettatore.

Se si subisce bullismo, è importante parlarne con un adulto di fiducia (insegnante, genitore, psicologo). Se si è spettatori, è importante non restare indifferenti e cercare di supportare la vittima, intervenendo in modo sicuro o cercando l'aiuto di un adulto.

Il bullismo mette a rischio la serenità di bambini e adolescenti nel mondo e delle loro famiglie: prevaricazioni, minacce e umiliazioni possono compromettere la loro crescita e la loro salute.

Le dimensioni del problema nelle scuole

I dati dell'ultimo rapporto UNESCO che forniscono una

misura delle dimensioni del problema, sono davvero preoccupanti: il bullismo non interessa solo contesti difficili ma può riguardare tutti gli ambienti, specialmente quelli della scuola dove si verificano la maggior parte degli episodi.

Al livello mondiale:

Quasi uno studente su tre (32%) è stato vittima di bullismo da parte dei pari a scuola almeno una volta nell'ultimo mese. Più di uno studente su tre (36%) è stato coinvolto in una violenza con un altro studente. Quasi uno su tre (32,4%) è stato aggredito fisicamente almeno una volta nell'ultimo anno.

In tutte le regioni tranne l'Europa e il Nord America, il bullismo fisico è il più comune, il bullismo sessuale è il secondo tipo più frequente, il cyberbullismo colpisce fino a un bambino su dieci.

Anche in Italia le dimensioni del problema sono allarmanti. Un'indagine condotta per il progetto Elisa promosso dal Ministero dell'Istruzione del Merito, ha evidenziato numeri importanti che, viene sottolineato, sono in aumento anno, dopo anno:

- circa il 25% degli studenti e delle studentesse ha riportato di essere stato vittima di bullismo almeno una volta
- il 18% ha dichiarato di aver preso parte attivamente a episodi di bullismo
- l'8% dei partecipanti ha dichiarato di aver subito episodi di cyberbullismo
- il 7% ha riportato di aver preso parte attivamente a episodi di cyberbullismo.

Il bullo è una persona che adotta comportamenti

aggressivi e intenzionalmente dannosi verso altri, spesso in un contesto scolastico o sociale. Ma perché lo fa? Le motivazioni sono complesse e possono essere sia psicologiche che sociali.

Ma chi sono i bulli e le bulle?

I bulli/e non sono i più forti, non sono dominanti, non sono leader. Chi ha bisogno di esercitare violenza sull'altro per affermare sè stesso, spesso è una persona labile e vulnerabile, sofferente, e che mette in atto questo comportamento come riflesso di questa fragilità. Alla base ci possono essere una bassa capacità di integrazione sociale e capacità relazionale: in questo caso, il mostrarsi “qualcosa” di definito (un carnefice, una persona di cui aver paura) potrebbe costituire una strategia per lenire il disagio personale.

Altre volte, gli adolescenti che assumono comportamenti aggressivi, lo fanno per dimostrare a sé stessi e agli altri la propria forza o indipendenza. Questi comportamenti sono legati alla costruzione dell'identità e alla pressione del gruppo dei pari e sono accentuati da una cultura machista. A tutto questo si somma, spesso, anche una scarsa cultura delle diversità e possono diffondersi comportamenti vessatori e violenti che indicano che chi bullizza può essere motivato anche da stereotipi culturali e pregiudizi socialmente condivisi. Accade nel bullismo di base omofobica oppure negli episodi che coinvolgono persone provenienti da culture e paesi diversi dal proprio. In ambito scolastico, soprattutto, ragazzi che sono percepiti come “diversi” in qualche modo hanno maggiori probabilità di essere vittime di

bullismo. Indagini internazionali rivelano che l'aspetto fisico è la ragione più comune per essere vittima di bullismo, seguito da etnia, nazionalità o colore della pelle.

Altri studi dimostrano che gli studenti visti come non conformi alle norme di mascolinità e di femminilità, compresi gli studenti LGBTQ+ o che sono percepiti come tali, sono più a rischio di violenza e di bullismo a scuola rispetto a quelli che rientrano nei tradizionali canoni di genere.

Cause e motivazioni del bullo:

Fragilità e insicurezza: La presunta forza del bullo nasconde un senso di identità fragile e un'immagine di sé negativa. L'aggressività serve come una corazza per non affrontare le proprie debolezze.

Difficoltà relazionali: Il bullo spesso non sa come costruire relazioni sane e positive, non riuscendo a integrarsi e ricorrendo alla prepotenza per sentirsi visibile e assumere un'identità.

Ferite interiori: Può esserci una storia di traumi, umiliazioni o trascuratezza, e l'assenza di modelli positivi in famiglia. L'aggressività diventa un modo per scaricare il proprio dolore e non sentirlo.

Bisogno di controllo: L'atto di prevaricare gli altri dà al bullo un falso senso di controllo e potere, necessario per sentirsi "integri" e per far fronte a un senso di impotenza.

Cultura e ambiente: In alcuni casi, il bullismo è anche il riflesso di una società che promuove la competizione, l'egocentrismo e la scarsa empatia, riducendo i modelli

positivi a cui i giovani possono ispirarsi.

Come riconoscere una persona vittima di episodi di bullismo?

Il bullismo non si manifesta sotto forma di episodi isolati, è una pratica reiterata che quindi può essere messa allo scoperto osservando attentamente i cambiamenti nel comportamento di amici, figli, studenti. Ecco alcuni segnali d'allarme:

- Cambiamenti nell'umore: chiusura, irritabilità, aggressività improvvisa
- Segni fisici: lividi, graffi
- Flessione del rendimento scolastico: scarsa capacità di concentrazione, assenze frequenti
- Manifestazioni psicosomatiche: mal di testa, mal di pancia, disturbi del sonno

- Rifiuto della scuola o del gruppo dei pari: paura o ansia all'idea di uscire di casa o andare a scuola.

Inoltre, la vittima può sentirsi sbagliata, senza valore e sviluppare una forte insicurezza e sfiducia in sé stessa. Queste ferite possono rimanere e influenzare la vita adulta, portando a problemi di autostima e a una percezione negativa di sé.

Quali sono le conseguenze del bullismo sulle vittime?

Le ferite del bullismo non sono solo fisiche. Anzi, spesso quelle più profonde sono invisibili e possono protrarsi negli anni, fino all'età adulta, compromettendo la capacità della persona di costruire relazioni sane e sentirsi parte della società. Uno studio ha dimostrato che ripetute esperienze di violenza

verbale, fisica e psicologica ai fini di esclusione e prevaricazione hanno un impatto “visibile” sul cervello, in particolare vanno a influire – a lungo termine – sulla memoria, sull'apprendimento, sulla regolazione delle emozioni e sulla percezione del movimento. L'esperienza delle vittime di bullismo sembra comporti una riduzione di volume dell'ippocampo, coinvolto nei processi di memoria, apprendimento e orientamento. Secondo gli autori dello studio, questo potrebbe provocare alterazioni nella regolazione ormonale e nella gestione dello stress e contribuire al rischio di sviluppare depressione.

Cosa fare di fronte a un episodio di bullismo?

Non è mai facile, ma bisogna avere la forza di osservare e poi segnalare. Se un genitore,

un educatore, un insegnante, si trovasse ad assistere a un episodio di violenza e prevaricazione che assomiglia a un atto di bullismo, non deve restare in silenzio, assolutamente. È fondamentale raccogliere informazioni su quanto osservato (dalla vittima, dal bullo, dal gruppo di persone presenti) e cercare un supporto. Si può e si deve contattare la scuola se l'episodio è avvenuto in un contesto di questo tipo oppure la famiglia dei ragazzi coinvolti. È importante segnalare l'evento in qualunque modo perché vittima e carnefice possano essere aiutati a uscire dal disagio. È vitale in particolare, che la vittima non si colpevolizzi e che parli con un adulto (un genitore, un insegnante, etc) che possa sostenerla. Si possono adottare strategie per tenere

traccia degli episodi di bullismo e smascherare il carnefice e per evitare l'isolamento sociale chiedendo aiuto agli amici.

Secondo la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ogni bambino ha diritto a crescere in un ambiente sicuro, a esprimersi liberamente, a non essere discriminato. Il bullismo è una negazione di questi diritti.

Per denunciare il bullismo in Italia, si possono contattare i seguenti numeri: il **114 (Emergenza Infanzia)** per assistenza immediata e segnalazioni, oppure il **19696** di **Telefono Azzurro**, un numero gratuito attivo 24/7 per ascolto e supporto. Ovviamente ci si può rivolgere alle forze dell'ordine (Carabinieri o Polizia) per sporgere denuncia formale,

specialmente se il bullismo costituisce reato.

Bibliografia

Benedetti T., Morosinotto D. "Cyberbulli al tappeto", Ed. Scienza, 2016.

Becciu M. A.L. Colasanti: "Il fenomeno del Bullismo", Linee guida ispirate al sistema, 2011 - cnos-fap.it.

Blaya C. "Il bullismo nella scuola: prevalenza, fattori di rischio e interventi" art. accad. Cittadini in crescita 1/2007, 2007 - museocinema.it.

Buccoliero E., Maggi M. "Bullismo, bullismi. Le prepotenze in adolescenza, dall'analisi dei casi agli strumenti d'intervento". Ed. franco Angeli, 2008.

Buccoliero E., Maggi M.: "Contrastare il bullismo, il cyberbullismo e i pericoli della rete. Manuale operativo per

operatori e docenti, dalla scuola primaria alla secondaria di 2° grado". Ed. Franco Angeli, 2025.

Buccoliero E. "Tutto normale. Bulli, vittime, spettatori". Ed. La Meridiana, 2015.

Capocaccia T. "Come dire ai bambini che cos'è il bullismo: Descrizione del fenomeno, progetto per un laboratorio, storie per introdurre l'argomento ai bambini e alcune attività per suscitare le loro riflessioni". 2018.

Fedeli D.; Munaro C.: "Bullismo e cyberbullismo. Come intervenire nei contesti scolastici". Giunti Editore, 2019

Franzoso A., "Ero un bullo. La vera storia di Daniel Zaccaro". Ed. De Agostini, 2022.

Guarino A., Lancellotti R. : "Bullismo. Aspetti giuridici, teorie psicologiche, tecniche di

intervento". Franco Angeli Ed., 2016.

Genta M.L. "Bullismo e cyberbullismo. Comprenderli per combatterli". Franco Angeli Ed. 2025.

Genta M. L., Brighi A., Guarini A., "Cyberbullismo. Ricerche e strategie di intervento". Franco Angeli Ed. 2025.

Menesini E., Nocentini A. B. E. Palladino: "Prevenire e contrastare il bullismo e il cyberbullismo". Ed. Il Mulini, 2017.

N Papotti, SCS Caravita - XXXIII CONGRESSO NAZIONALE ..., 2021 - publicatt.unicatt.it, "Meccanismi di rischio associati al bullismo discriminatorio etnico"

Gini G., Pozzoli T.: "Gli interventi anti-bullismo". Carocci Editore, 2018.

R. Robba - 2024 -
torrossa.com. "Bullismo e
disagio giovanile: un'indagine
esplorativa". Art. accad.

Sgalla R., Giannini A. M., "La
violenza in un clic. Itinerari di
prevenzione del cyberbullismo
fra adolescenti". Ed. Hogrefe,
2028.

Neurodivergenze e disallineamento cognitivo: dalla correzione individuale alla trasformazione sistemica

di Roberto Ghiaccio

Le neurodivergenze rappresentano una pluralità di profili neuroevolutivi che, pur condividendo vulnerabilità alle pressioni ambientali, incarnano differenti modalità di percezione, attenzione e regolazione cognitivo-affettiva. In questa prospettiva, il concetto di *disallineamento cognitivo* propone una ridefinizione epistemologica: ciò che oggi viene classificato come “disturbo” — come nel caso dell’ADHD o dei disturbi specifici dell’apprendimento — è spesso il prodotto di una incompatibilità ecologica fra cervello e ambiente. L’articolo esplora il passaggio da un paradigma assimilazionista, centrato sulla normalizzazione del diverso, a una visione sistemica che concepisce la neurodiversità come risorsa per la collettività. Tale riformulazione, supportata da evidenze neuroscientistiche

(Arnsten, 2009; Walker, 2021; Crespi, 2016; Sapolsky, 2005), invita a un ripensamento etico-politico delle istituzioni educative, sanitarie e sociali, fondato sulla speranza come forza trasformativa e sul riconoscimento della differenza come potenziale.

Per decenni, l’approccio dominante alla neurodivergenza si è fondato su un modello **deficitario**. Il bambino neurodivergente viene concepito come “mancante” rispetto a una norma statistica di funzionamento cognitivo e comportamentale. La scuola, come istituzione moderna, è stata plasmata intorno a questa norma, trasformando la differenza in deviazione e la devianza in patologia.

Il paradigma assimilazionista mira dunque a *correggere* l’atipico, piuttosto che ad *adattare il contesto* — un movimento di uniformazione che, pur in buona fede, nega la singolarità neurobiologica del soggetto. In questo quadro, il fallimento scolastico non è tanto il riflesso di una disfunzione individuale quanto di una **asimmetria sistemica**

tra richiesta ambientale e disposizione neurocognitiva.

Arnsten (2009) dimostra come la disregolazione della corteccia prefrontale, tipica nei disturbi dell'attenzione, emerge in risposta allo stress ambientale cronico, più che da una condizione intrinseca e immutabile. Walker (2021) approfondisce questa prospettiva con il concetto di *neuroqueer ecology*, suggerendo che la mente neurodivergente non è disfunzionale, ma piuttosto *diversamente ottimizzata* per ambienti non conformi alle strutture sociali attuali.

Crespi (2016) e Sapolsky (2005) aggiungono una dimensione evolutiva: tratti come iperfocalizzazione, sensibilità sensoriale o alta reattività, che oggi vengono etichettati come disordini, costituivano vantaggi adattivi in contesti ancestrali dinamici, cooperativi e ricchi di stimolazioni naturali. Ne consegue che **la neurodivergenza non è una malattia, ma un disallineamento socio-biologico**: una frizione tra un

cervello progettato per la flessibilità e un ambiente che privilegia rigidità, sedentarietà e gerarchia.

Le neuroscienze dello sviluppo suggeriscono che l'architettura cerebrale è radicalmente **plastica e relazionale**. Ogni circuito neuronale è modellato da interazioni ambientali precoci e da feedback sociali continui. Pertanto, ogni intervento educativo o terapeutico che ignora il ruolo dell'ambiente — fisico, emotivo e culturale — rischia di riprodurre il deficit che intende correggere.

In quest'ottica, la *correzione individuale* deve lasciare spazio alla *trasformazione sistematica*. Non si tratta di adattare l'alunno alla scuola, ma di **ripensare la scuola come ecosistema neurocompatibile**, capace di accogliere una pluralità di funzionamenti mentali.

Una scuola realmente inclusiva non persegue la mera uguaglianza degli esiti, ma **l'uguaglianza delle opportunità cognitive**. Questo implica:

- pause di movimento obbligatorie e integrate nella didattica (Walker, 2021);
- spazi multisensoriali flessibili per l'apprendimento;
- ambienti a bassa stimolazione per la regolazione attentiva;
- percorsi formativi per docenti sulle dinamiche neuroevolutive.

L'uguaglianza, in tale visione, non è omologazione, ma **giustizia cognitiva**: creare condizioni in cui ogni mente possa fiorire nel proprio ritmo e secondo le proprie modalità espressive. L'etica della differenza, già teorizzata da Deleuze e Guattari, trova oggi una traduzione neuroscientifica. La mente neurodivergente è *un differenziale di complessità*: non una deviazione statistica, ma una specifica configurazione di processamento informativo. In questo senso, la *normalità* è una costruzione normativa che riflette esigenze sociali e produttive più che verità biologiche.

Riconoscere la differenza

significa, dunque, **politizzare la neurodiversità**, sottraendola alla patologizzazione e restituendola alla sfera dei diritti.

Il concetto di *precarietà* descrive oggi una condizione diffusa non solo materiale, ma ontologica. La mente neurodivergente ne è emblema: vive in tensione costante tra desiderio di adattamento e rischio di esclusione. Ma la precarietà, come ricordi nel testo, deriva da *precarius*, "disposto in preghiera": essa contiene una dimensione di apertura, di domanda, di possibilità.

Qui interviene la **speranza**, intesa non come attesa passiva, ma come gesto politico e creativo — *la vibrazione del possibile*, direbbe il latino *spur-*.

La speranza è la forza che consente di **trasformare il dolore in apprendimento** e di immaginare una collettività che non esclude il diverso, ma ne fa motore di trasformazione.

Verso una società neurocompatibile

L'evoluzione delle politiche pubbliche deve andare oltre il concetto di disabilità, riconoscendo la **diversità cognitiva come bene comune**.

Le riforme necessarie includono:

- **Legislazione scolastica:** riconoscere gli adattamenti sensoriali e attentivi come diritti universali.
- **Politiche lavorative:** estendere le tutele di disabilità ai bisogni cognitivi, garantendo orari flessibili e spazi ergonomici.
- **Riforma sanitaria:** parità di copertura tra interventi ambientali, comportamentali e farmacologici.
- **Normative ambientali:** controllo degli inquinanti neurotossici e creazione di spazi verdi urbani.
Tali misure delineano un approccio **ecologico-sistemico** alla salute mentale, che non sopprime i sintomi, ma **ricostruisce le condizioni di equilibrio neuroambientale**.

La neurodiversità non è un problema da risolvere, ma una **forma di vita da comprendere e valorizzare**. Ogni mente porta con sé una particolare ecologia del pensiero, un ritmo di apprendimento, un modo di sentire.

Accogliere queste differenze significa rifondare la civiltà stessa: passare da una società della prestazione a una società della relazione, dalla correzione alla coevoluzione.

In questo senso, la **politica della speranza** diventa il linguaggio della cura collettiva — una pratica che non mira a uniformare, ma a *sintonizzare* le diversità in un'armonia possibile.

Bibliografia (APA)

- Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410–422.
- Walker, N. (2021). *Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm*,

- Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities.* Autonomous Press.
- Crespi, B. (2016). Autism and psychosis as diametrical disorders of the social brain. *Behavioral and Brain Sciences*, 39, e1–e23.
 - Sapolsky, R. M. (2005). The influence of social hierarchy on primate health. *Science*, 308(5722), 648–652.
 - Singer, J. (2017). *NeuroDiversity: The Birth of an Idea*. Judy Singer Publications.
 - Pellicano, E., & den Houting, J. (2020). Annual Research Review: Shifting from 'normal science' to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 610–622.
 - Baron-Cohen, S. (2023). The value of neurodiversity. *Nature Human Behaviour*, 7(2), 149–156.
 - Kapp, S. K. (Ed.). (2020). *Autistic Community and the Neurodiversity Movement*. Palgrave Macmillan.
 - Jaarsma, P., & Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health Care Analysis*, 20(1), 20–30.
 - Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille Plateaux*. Éditions de Minuit

Il Pensiero Ripetitivo: Rimurginio e Ruminazione

di Cinzia Saponara

PREMESSA

Il pensiero è una delle più alte funzioni cognitive dell'uomo. È la capacità dell'individuo di ritardare la messa in atto i comportamenti di risposta agli stimoli ambientali, permettendo di utilizzare le informazioni immagazzinate in memoria, le esperienze passate, considerare le eventuali conseguenze di ogni azione, confrontarsi con le possibili scelte, prima che venga selezionata una risposta. Tuttavia, se e quando il pensiero diventa abituale, ripetitivo, incontrollabile, intrusivo e focalizzato su contenuti negativi, può contribuire allo sviluppo e al mantenimento di problematiche emotive. Tra le varie tipologie di pensiero negativo ricorrente quelli che principalmente sono collegati a disturbi psicologici, sono il **rimuginio** e la **ruminazione**, due

modalità di pensare associate al fallimento di una completa elaborazione dell'informazione emotiva (Sassaroli, Lorenzini & Ruggiero, 2006). Sono entrambi, essenzialmente, caratterizzati da processi cognitivi disfunzionali e maladattivi, che possono alimentare ansia, depressione e altri disturbi mentali e ne rappresentano spesso il principale fattore di mantenimento e di aggravamento.

Si differenziano, tra di loro, principalmente per il loro orientamento: mentre la ruminazione si concentra sul passato, rivivendo eventi già trascorsi, fallimenti e perdite ("Perché...?"), il rimuginio implica pensieri negativi riguardo possibili minacce future, sotto forma di dialogo con sé stessi, (E se?)

RIMUGINIO (Worry)

Il **rimuginio** o **worry**, come descritto da Borkovec, Robinson, Pruzinsky e DePree nel 1983, è: "una catena di pensieri e immagini, carica di affettività negativa e

relativamente incontrollabile; rappresenta un tentativo di impegnarsi nella **risoluzione di problemi mentali su un problema il cui esito è incerto**, ma contiene la possibilità di uno o più esiti negativi”.

Il rimugino è uno stile di pensiero che accumuna tutte le **condizioni di ansia**, quali l’ansia generalizzata, disturbo d’ansia sociale e il doc. La persona si trova in uno stato di allerta costante, incapace di usare strategie funzionali di gestione, presentando spesso difficoltà di memoria, di concentrazione, tensione muscolare, con un alterato ritmo sonno/veglia.

Il rimugino, quando presente, appare incontrollabile nel senso che la persona che mette in atto questo tipo di pensiero cognitivo riconosce, indipendentemente dai suoi potenziali benefici, di sentirsi **incapace di fermarlo da sola** a meno che non sia distratta da altri eventi ambientali che richiedono la sua attenzione; pensa costantemente in maniera afinalistica e ininterrottamente alle situazioni che potrebbero

andare male, si aspetta sempre qualcosa di terribile e minaccioso, si ripete pensieri negativi e catastrofici che sembrano essere di difficile gestione.

Il **rimugino** pertanto, mantiene e peggiora lo stato ansioso, lasciando la persona impotente di fronte a scenari futuri terribili.

La persona cerca di controllare in questo modo le situazioni che sperimenta, rimanendo però bloccato e con una percezione indebolita di sé, come di una persona vulnerabile e non capace di fronteggiare la realtà. Quando l’attenzione del soggetto è totalmente assorbita da questi pensieri che compaiono anche involontariamente il rimuginio **diventa cronico** e compromette il normale funzionamento nella vita quotidiana.

Esistono diversi tipi di rimuginio:

- **Rimuginio ansioso**, che si manifesta con pensieri automatici negativi che derivano da situazioni passate, ma si attivano nel presente,

- orientandosi verso il futuro e le sue incognite;
- **Rimuginio ossessivo**, un tipo di attività mentale ripetitiva in cui i pensieri si ripetono uguali intorno ad una situazione che causa attivazione emotiva per il soggetto, martellandolo con costanti dubbi;
 - **Rimuginio desiderante**, Processo volontario orientato a un obiettivo positivo, anche se potenzialmente dannoso, È una strategia spesso osservata nel craving per sostanze o in comportamenti di dipendenza, come l'alcolismo, il fumo o l'eccesso di cibo.

Funzione del rimuginio:

Borkovec e colleghi definiscono il rimuginio come “un concatenamento di pensieri e immagini con valenza emotiva negativa e relativamente incontrollabili; [...] un tentativo di intraprendere un problem solving mentale su una

questione il cui esito è incerto, [che] implica il rischio di una o più conseguenze negative, [e che] concerne da vicino il processo della paura”, (Borkovec et al., 1983). Secondo questo autore Il paradosso del rimuginio sta nel fatto che, mettendo in atto tale modalità cognitiva, **non si pensa in modo logico alla situazione**, né si elabora l'attivazione emotiva che una situazione comporta, ma si tende semplicemente a mettere da parte il problema, crogiolandosi all'interno. Il rimuginio (ansioso, ossessivo, desiderante) è una modalità di **fronteggiamento dell'ansia**, rimuginando, si ha la percezione di controllo della situazione. il rimuginio è connesso ai bias di elaborazione dell'informazione, che contribuiscono al mantenimento di questo tipo di pensiero, grandi rimuginatori risultano soggetti a bias attenzionali che favoriscono l'elaborazione delle informazioni minacciose (McLeod, Mathews & Tata, 1986).

Secondo diversi studi, rimuginare su un problema prima di impegnarsi nella sua elaborazione porta a una minore concretezza dell'elaborazione stessa e a un minore numero di passaggi concreti nel processo di catastrofizzazione (Stöber, 1996; 1997; Vasey & Borkovec, 1992; Stöber, Tepperwien & Staak, 2000); il rimuginio patologico è caratterizzato da previsioni astratte di conseguenze negative, ma anche da ripetuti spostamenti tra i diversi argomenti fonte di preoccupazione in distinti episodi rimuginativi (Butler, 1994). Il rimuginio potrebbe dunque mantenersi e autoalimentarsi a causa delle difficoltà nel produrre prove di disconferma di eventi futuri astratti e non specifici; inoltre, il frequente spostamento su contenuti diversi rende ancora più difficile produrre immagini vivide (Paivio & Marschark, 1991). In aggiunta, occorre considerare che rimuginatori patologici hanno una maggiore probabilità di interpretare le informazioni ambigue come minacciose

rispetto ai soggetti di controllo (Tallis et al., 1991), sembrano essere caratterizzati da una certa rigidità cognitiva, che suggerisce come sia improbabile l'abbandono dello stile di elaborazione dell'informazione focalizzato su una continua rivelazione delle minacce (Hazlett-Stevens, 2001). Inoltre, poiché la maggior parte delle preoccupazioni finisce per non realizzarsi come temuto, il rimuginio è ulteriormente rinforzato negativamente e in modo superstizioso, (Borkovec, Hazlett-Stevens & Diaz, 1999; Borkovec et al, 2004).

RUMINAZIONE

La ruminazione si caratterizza per pensieri ricorsivi (overthinking), riguardo a eventi passati o stati emotivi presenti. A differenza del rimuginio e della sua emozione predominante di ansia, la ruminazione è maggiormente legata alla depressione, dove prevalgono

il tempo passato e la sua contemplazione, (Clark, Beck & Brown, 1989). La ruminazione si perpetua in parte grazie a bias dell'elaborazione dell'informazione che favoriscono il materiale emotivamente negativo. Le persone la utilizzano perché pensano che questo le aiuti a raggiungere la consapevolezza nelle loro vite e a risolvere i problemi. La ruminazione, però, riduce l'efficacia del problem solving, predisponde gli individui a futuri episodi di ansia e depressione, prolunga la durata di tali episodi e peggiora gli stati d'umore negativi già esistenti.

Esistono tre principali forme di ruminazione:

- ruminazione depressiva
- ruminazione rabbiosa
- ruminazione ossessiva

Tutte associate allo sviluppo di disturbi psicologici.

Ruminazione depressiva

(Nolen-Hoeksema ,1991)

Questo tipo di pensiero ripetitivo è spesso associato alla depressione. Si focalizza su eventi passati, fallimenti, perdite o errori, generando sentimenti di tristezza, senso di colpa e disperazione. La ruminazione depressiva richiede tantissime risorse cognitive e conduce le restanti energie sulle sensazioni ed emozioni, dimenticando completamente l'ambiente circostante.

Ruminazione rabbiosa

(Sukhodolsky, 2001)

Porta ad amplificare l'intensità e la durata dell'emozione negativa legata ad eventi che, hanno provocato rabbia, come ingiustizie, offese o prevaricazioni agendo come un circolo vizioso che aumenta il malessere e può portare a comportamenti aggressivi. La rabbia può essere repressa e

alimentare la depressione quando ci si ritiene responsabili dei propri fallimenti, o sfociare nella vendetta e nell'aggressività.

Ruminazione ossessiva

E' una forma di pensiero ripetitivo e intrusivo legato spesso ad un'unica situazione, spesso si associa ai disturbi ossessivo-compulsivi (DOC) o ad altri disturbi dell'ansia.

Coinvolge pensieri o immagini persistenti e indesiderati che possono essere difficili da controllare.

Questi pensieri intrusivi possono causare significativa angoscia e interferire con la vita quotidiana.

Oltre ad aumentare il rischio di sviluppare la depressione e la durata degli episodi depressivi, la ruminazione può portare anche a peggiorare uno stato depressivo già

esistente (NolenHoeksema & Morrow, 1993), inoltre ricerche recenti hanno suggerito che la ruminazione sia un fattore transdiagnostico (un meccanismo associato a molteplici disturbi psichiatrici) che si estende agli altri disturbi dell'umore, ai disturbi d'ansia e ai disturbi trauma-correlati, caratterizzato da una modalità di pensiero incontrollabile e ripetitivo (Birrer & Michael, 2011; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Olatunji, Naragon-Gainey, Wolitzky-Taylor, 2013).

La ruminazione implica, a differenza del rimuginio, l'elaborazione prolungata del materiale emotivo negativo nell'amigdala, riduce l'efficacia del problem solving, predisponde gli individui a futuri episodi di ansia e depressione, prolunga la durata di tali episodi e peggiora gli stati d'umore negativi già esistenti.

Funzione della ruminazione

Come per il rimuginio, la ruminazione è un processo cognitivo con una funzione specifica. La ruminazione, è rivolta a tutti quei pensieri

legati ad **esperienze passate**, al fine di **analizzare come sono andate le cose**, quali sono le **cause di tali situazioni** o le **possibili spiegazioni**. Le ruminazioni sono alimentate da una serie di specifiche **metacredenze positive**, quindi dalla nostra convinzione che adottare questi processi di pensiero ci porti al raggiungimento di uno specifico scopo. In realtà, può portare a isolamento, difficoltà comunicative e peggioramento della qualità delle relazioni.

Conclusioni

La ruminazione e il rimuginio, possono ridurre l'efficacia e la concretezza del problem solving, indebolendo la fiducia nelle abilità in questi compiti. I pensieri negativi tipici sono "automatici", affiorano nella mente e la pervadono indipendentemente dalla nostra volontà. **Esistono efficaci tecniche psicoterapiche che insegnano ad accogliere i pensieri negativi senza seguirli per poi lasciarli andare, senza pretendere di combatterli nel vano e**

doloroso tentativo di scacciarli "con la forza della volontà". A tal proposito, Wegner e colleghi (Wegner, 1989; Lane & Wegner, 1995; Wegner & Erber, 1992; Wegner et al., 1987; Wegner et al., 1990), attraverso una serie di esperimenti, hanno messo in evidenza l'effetto paradossale del tentativo di soppressione dei pensieri indesiderati, come emozioni particolarmente disturbanti in base al quale, lo sforzo fatto, li rende in realtà sempre più accessibili a intrudere nella coscienza senza possibilità di controllo da parte dell'individuo.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) e la Terapia Metacognitiva (MCT), hanno dimostrato di essere un efficace trattamento per questo tipo di problema. La CBT si concentra sulla modifica dei pensieri e comportamenti disfunzionali e include tecniche come il monitoraggio dei pensieri e la pianificazione di attività utili. La MCT, invece, si focalizza sui meccanismi cognitivi che mantengono la

ruminazione, insegnando a riconoscere e interrompere il ciclo di pensieri ripetitivi. Anche la pratica della Mindfulness: “*forma di meditazione che focalizza l’attenzione sul momento presente coltivando un atteggiamento non giudicante*” (Kabat-Zinn, 1994), permette un’osservazione distaccata dei propri contenuti mentali. Può rivelarsi utile per sviluppare la capacità di lasciare andare i pensieri senza esserne invisihiati.

BIBLIOGRAFIA

Birrer, E., & Michael, T. (2011). “*Rumination in PTSD as well as in traumatized and non-traumatized depressed patients: A cross-sectional clinical study*”. Behavioural and Cognitive Psychotherapy ;

Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J.A. (1983).” *Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes*”. Behaviour Research and Therapy;

Clark, DA, Beck, AT, e Brown, G. (1989). “*Mediazione cognitiva in pazienti psichiatrici ambulatoriali generali: un test dell’ipotesi di specificità del contenuto*”. *Journal of Personality and Social Psychology*;

Hazlett-Stevens, H., & Borkovec, TD (2001).” *Effetti della preoccupazione e del rilassamento progressivo sulla riduzione della paura nella fobia del linguaggio: un’indagine sull’esposizione situazionale*”. *Behavior Therapy* Jon Kabat-Zinn, 1994 “*Mindfulness Meditation in Everyday Life* “ Edizione Inglese;

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011) “*Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety*”. *Behaviour, Research and Therapy*;

MacLeod, C., Mathews, A., e Tata, P. (1986), “*Attentional bias in emotional disorders*”. *Journal of Abnormal Psychology*; Nolen-Hoeksema, S. (1991). Risposte alla depressione e loro effetti sulla durata degli episodi depressivi. *Journal of Abnormal Psychology*,

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, BL (1993), “*Stili di risposta e durata degli episodi di*

umore depresso". Journal of Abnormal Psychology;

Olatunji, BO, Naragon-Gainey, K., & Wolitzky-Taylor, KB (2013). *"Specificità della ruminazione nell'ansia e nella depressione: una meta-analisi multimodale". Psicologia clinica: scienza e pratica;*

F. Tallis, P. de Silva, 1992
"Preoccupazione e sintomi ossessivi: un'analisi correlazionale" Ricerca e terapia comportamentale;

D. M. Wegner, R. Erber, 1992: "*L'iperaccessibilità dei pensieri*" Rivista di Psicologia Sociale e della personalità.

S. Sassaroli, Roberto Lorenzini, G. M. Ruggiero, 2006
"Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento" Raffaello Cortina Ed.

Stöber, J. (1996). *Anxiety and the regulation of complex problem situations: Playing it safe?* In W. Battmann & S. Duke (Eds.), *Processes of the molar regulation of behavior*, Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers;

Stöber, J., Tepperwien, S., & Staak, M. (2000). *"Worrying leads to reduced concreteness of problem elaborations: Evidence for the avoidance theory of worry. Anxiety, Stress, &";*

Sukhodolsky, Golub & Cromwell, 2001 *"Sviluppo e validazione della scala di ruminazione della rabbia"* su: Psicologia, Personalità, e differenze individuali;

Neuroplasticità materna e psicopatologia postpartum: cambiamenti cerebrali nella transizione alla maternità e limiti scientifici nello studio del filicidio materno

di Antonia Bellucci

Abstract

La transizione alla maternità è accompagnata da profonde trasformazioni neurobiologiche, psicologiche e sociali. Negli ultimi vent'anni, la ricerca neuroscientifica ha descritto modificazioni strutturali e funzionali nel cervello materno associate all'attaccamento, alla regolazione emotiva e alla sensibilità ai segnali infantili. Parallelamente, la letteratura clinica ha investigato i fattori psicopatologici che possono condurre a comportamenti estremi come il filicidio materno. Tuttavia, oggi non esistono evidenze neurobiologiche specifiche o pattern cerebrali identificabili per chi compie tale gesto. Il presente articolo

offre una panoramica della neurobiologia della maternità e una riflessione critica sui limiti delle conoscenze neuroscientifiche riguardo ai casi di infanticidio, contestualizzando questi eventi nell'ambito dei disturbi mentali e dei fattori psicosociali.

1. Neurobiologia della Maternità

1.1 Cambiamenti strutturali

Durante la gravidanza e nel periodo immediatamente successivo al parto, il cervello femminile entra in una fase di profonda riorganizzazione: si tratta di un processo sorprendente, a lungo misconosciuto, che la ricerca più recente ha iniziato a descrivere con precisione grazie alle tecniche di risonanza magnetica strutturale.

Studi di risonanza magnetica condotti su donne durante e dopo la gravidanza, infatti, hanno documentato:

- **Riduzione selettiva della materia grigia in**

arie della *social cognition*, tra cui corteccia prefrontale mediale, temporale e giunzione temporo-parietale: queste riduzioni non rappresentano una perdita patologica, bensì un processo di **specializzazione sinaptica**, simile a quello osservato durante l'adolescenza.

- **Rimodellamento persistente:** i cambiamenti possono durare almeno due anni dopo il parto, suggerendo un adattamento stabile del cervello all'esperienza della cura.
- Un lavoro molto recente ha tracciato per la prima volta cambiamenti cerebrali *prima del concepimento, durante tutta la gravidanza e fino a due anni dopo il parto* su una donna. I ricercatori hanno osservato una **riduzione generalizzata del volume di materia**

grigia (gray matter) e dello spessore corticale durante la gravidanza. Parallelamente, si è registrato un aumento dell'integrità della materia bianca (white matter) e variazioni nel volume del liquido cerebrospinale e dei ventricoli cerebrali.

Secondo una meta-analisi di gruppo effettuata su molte donne, circa il **94% della materia grigia del cervello** sembra subire modificazioni volumetriche durante la gravidanza; in particolare, le aree che mostrano i cambiamenti maggiori sono quelle legate alla “*social cognition*” — ovvero la capacità di comprendere pensieri, emozioni, intenzioni proprie e altrui. Aree come la corteccia prefrontale mediale, il giro temporale, la giunzione temporo-parietale, e altre regioni temporali risultano particolarmente coinvolte. Tuttavia, queste modifiche **non sono necessariamente patologiche**: molti ricercatori interpretano la riduzione di volume come un processo di

“raffinamento” cerebrale — una sorta di “*pruning sinaptico*” — che rende il cervello più specializzato, più efficiente. In questo senso, è stato fatto un parallelo con i cambiamenti cerebrali già noti durante l’adolescenza.

Ancora più sorprendente: alcuni studi suggeriscono che queste modifiche **possono persistere per anni dopo il parto**; in un’indagine su donne di 25 primipare comparate con nullipare, le differenze nella materia grigia erano ancora presenti **sei anni dopo il parto**.

In sintesi: il cervello materno “ricostruisce” in parte la propria anatomia durante la gravidanza, non in modo degenerativo, ma come adattamento neuroplastico a un nuovo ruolo — quello di genitrice — con modifiche che possono durare nel tempo.

1.2 Cambiamenti funzionali

Alla base dei cambiamenti funzionali c’è l’idea che la riorganizzazione strutturale faciliti una diversa modalità di

funzionamento cerebrale, più adatta alla cura del neonato, all’attivazione di comportamenti di caregiving, empatia, attenzione, protezione.

Le neuroimmagini funzionali mostrano una maggiore attivazione di:

- **Amigdala e circuiti limbici** → incremento della vigilanza verso il neonato e della sensibilità ai segnali di rischio.
- **Striato ventrale e circuito della ricompensa** → risposta dopaminergica al sorriso, al pianto e al contatto con il bambino, facilitando il comportamento di caregiving.
- **Corteccia frontale** → regolazione dell’impulso, pianificazione delle cure, interpretazione degli stati mentali del neonato.

Questo può tradursi in un aumento della **vigilanza verso il neonato** e della sensibilità a segnali di pericolo o bisogno; questa maggiore

reattività emotiva facilita la cura e la protezione.

1.3 Ruolo degli ormoni

Le trasformazioni neurali associate alla maternità non avvengono “per caso”: alla base c’è un **quadro ormonale radicalmente diverso** rispetto al periodo non-gravidato. Ormoni come **ossitocina, prolattina, estrogeni e progesterone** modulano:

- l’attaccamento,
- la motivazione a prendersi cura,
- la regolazione dello stress,
- la sensibilità ai bisogni dell’infante.

L’ossitocina in particolare è associata alla formazione del legame, alla promozione del comportamento protettivo e all’attivazione dei circuiti affiliativi.

In altre parole: la trasformazione biologica che accompagna la gravidanza — non solo fisica, ma anche endocrina — sembra “guidare” un processo di rimodellamento cerebrale, predisponendo la

madre a un nuovo tipo di funzionamento neurocognitivo.

2. Vulnerabilità Psicologiche e Disturbi dell’Adattamento Postpartum

La maternità, pur essendo spesso vissuta come un’esperienza positiva e trasformativa, comporta anche una **vulnerabilità psicologica reale**, e alcune donne — in presenza di fattori di rischio — possono sviluppare disturbi dell’umore o dell’adattamento nel periodo postpartum. Il periodo subito dopo il parto è caratterizzato da forti cambiamenti ormonali, fisici, sociali e di ruolo: un nuovo essere da accudire, una nuova identità da costruire, cambiamenti del corpo e del sonno, cambiamenti nelle relazioni, nelle aspettative e nelle responsabilità. Questi elementi — insieme alla stanchezza e al potenziale isolamento — possono creare **uno stato di stress elevato**, che rende molte neomamme vulnerabili a reazioni psicologiche.

La maternità, infatti, comporta un carico di stress significativo ed esistono alcune condizioni che aumentano il rischio di disagio psicologico:

- **Baby blues:** è la forma più frequente e “leggera”; la letteratura indica che tra il **50 % e l’80 %** (alcune stime fino all’85 %) delle neomamme vivono nei giorni immediatamente successivi al parto uno stato di instabilità emotiva, labilità, pianto facile, irritabilità, ansia, insonnia o alterazione del sonno, affaticamento e talvolta modificazioni dell’appetito.

Si manifesta tipicamente entro i primi giorni dopo il parto e **si risolve spontaneamente nell’arco di circa 1–2 settimane**. Non richiede generalmente un trattamento specifico: spesso è sufficiente informazione, sostegno, comprensione e riposo. Tuttavia, è rilevante perché — come mostrano alcuni studi — può essere un indicatore di vulnerabilità: le donne che

sperimentano un baby blues intenso o prolungato hanno **rischio aumentato** di evoluzione verso disturbi più severi come la depressione postpartum.

- **Depressione postpartum:** è la forma più studiata e frequente di disturbo perinatale. Si stima che **circa 10–20 % delle neomamme** possa sviluppare una depressione significativa dopo il parto. I sintomi sono simili a quelli della depressione “classica”: umore depresso, perdita di interesse/PIACERE per le attività precedenti (anedonia), senso di colpa o inadeguatezza (es. “non sono una buona madre”), disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), stanchezza cronica, affaticabilità, difficoltà di concentrazione, ritiro sociale, irritabilità,

alterazioni dell'appetito, ridotta energia.

In alcuni casi ci possono essere **pensieri intrusivi o ricorrenti** di inadeguatezza, paura di non essere in grado di prendersi cura del bambino, oppure — in casi gravi — **idee di far del male a sé o al bambino**.

L'esordio può avvenire nelle prime settimane dopo il parto, ma anche fino a 6–12 mesi dopo.

La DPP non è “un segno di debolezza” o una “colpa”, ma una vera e propria condizione clinica — una complicanza della transizione perinatale. Se non riconosciuta e trattata, può durare mesi o più e avere effetti importanti non solo sulla madre, ma anche sul legame madre-bambino, sulle dinamiche familiari, sull'integrazione psicosociale e sulla salute mentale del

Disturbo d'ansia postpartum

oltre alla depressione, molte donne sperimentano ansia intensa, preoccupazioni persistenti, ipervigilanza, timori per la salute, la sopravvivenza o il benessere del bambino — a volte in forma molto intensa e invalidante.

Alcune di queste condizioni ansiose possono manifestarsi da sole o insieme a una depressione postpartum. Si parla oggi di “perinatal anxiety disorders” che includono ansia generalizzata, attacchi di panico, ossessioni, preoccupazioni eccessive, ipervigilanza, preoccupazioni intrusive. Sebbene meno studiata rispetto alla depressione, l'ansia postpartum può avere un impatto molto significativo sul benessere materno, sul bonding con il bambino, sulla qualità del caregiving e sul funzionamento familiare.

- **Psicosi puerperale:** è una condizione molto rara — secondo le stime, si verifica in circa **1–2 casi ogni 1.000 nascite** (cioè 0,1–0,2%) — ma estremamente grave.

Si manifesta tipicamente **nelle prime 1–2 settimane dopo il parto**, anche se in alcuni casi può insorgere un po' più tardi.

Sintomi principali: disorientamento, confusione, pensiero disorganizzato, deliri, allucinazioni, paranoia, agitazione psicomotoria, insonnia grave, elevata eccitazione o iperattività, comportamento disorganizzato, potenziali idee suicidarie o — nei casi più drammatici — pensieri o atti di danno verso il bambino.

La psicosi puerperale è considerata un'**emergenza psichiatrica**: richiede un intervento immediato, spesso con ricovero, e uso di terapie farmacologiche (stabilizzatori dell'umore, antipsicotici, a volte litio), supporto

psicologico e assistenza continua.

Non tutte le donne con psicosi compiono atti violenti — anzi, la maggior parte no — ma la condizione è associata a un rischio aumentato di involontarietà in comportamenti pericolosi, sia per la madre sia per il neonato, se non adeguatamente gestita.

La psicosi puerperale è il fattore clinico più frequentemente associato a casi di infanticidio, ma **non ogni donna affetta da psicosi compie atti violenti**, né esiste un profilo neurobiologico univoco della condizione.

3. Filicidio Materno: Cosa Sappiamo e Cosa Non Sappiamo

3.1 Limiti delle neuroscienze nello studio del filicidio

A oggi **non esistono**:

- studi di neuroimaging sistematici,

- biomarcatori cerebrali affidabili,
- pattern neurali replicabili associati alle donne che uccidono i figli.

È un tema molto delicato e complesso — il Figlicidio materno — e la ricerca psicologica e psicoterapeutica su di esso è limitata, in buona parte per ragioni etiche, metodologiche e di difficoltà di accesso ai casi. Tuttavia esistono alcuni contributi scientifici e riflessioni clinico-forensi che forniscono spunti utili su come — almeno in teoria — la psicoterapia e gli interventi psicosociali possano (o abbiano potuto) avere un ruolo nella prevenzione, nella comprensione e — in alcuni rari casi — nella riabilitazione.

3.2 Evidenze cliniche

La maggior parte degli studi su figlicidio materno proviene da **contesti forensi, psichiatrici o giudiziari**, non da ricerche cliniche di psicoterapia. Ciò rende l'evidenza empirica sulla efficacia di trattamenti psicoterapeutici estremamente scarsa.

Per molte madri coinvolte, i casi riguardano disturbi psicotici, gravi disturbi dell'umore, sintomatologie acute (allucinazioni, deliri) oppure un mix complesso di fattori psichici, relazionali, sociali, economici e traumi pregressi.

Questo rende difficile stabilire protocolli psicoterapeutici “standard”: ogni situazione può essere profondamente diversa, con molte variabili in gioco (storia personale, tipo di malattia mentale, contesto sociale, sostegno familiare, abuso, traumi, uso di sostanze, condizioni socio-economiche).

In sintesi: più che parlare di “terapia del figlicidio materno”, è realistico parlare di **prevenzione** — riconoscimento precoce dei fattori di rischio — e di **interventi psichiatrico-psicoterapeutici personalizzati** quando possibile.

3.3 Modelli teorici utili: comprendere la genesi per orientare interventi

Maternal Filicide Theoretical Framework (MFTF)

Uno dei tentativi teorici più influenti per comprendere come avviene il figlicidio è l'MFTF: secondo questo modello, la combinazione di vulnerabilità (traumi infantili, esperienze di abuso o deprivazione, disturbi psichici o di attaccamento, instabilità socio-economica) può — in presenza di stress acuti, isolamento, mancanza di supporto — esplodere in un atto estremo.

In questo ottica, la prevenzione dovrebbe puntare su una **valutazione globale e multidimensionale** delle condizioni di rischio: salute mentale, storia relazionale, rete sociale, stress cronico, accesso ai servizi, sostegno familiare.

Teorie dell'attaccamento e del trauma

Un contributo empirico importante viene dallo studio *Mothers who murdered their child: an attachment-based*

study on filicide (e altri della stessa linea). In questo lavoro, le autrici hanno confrontato tre gruppi di donne (madri normali, madri con disturbi mentali, madri che hanno commesso filicidio) usando interviste di attaccamento (Adult Attachment Interview) per valutare rappresentazioni interne delle relazioni di attaccamento.

Hanno trovato che le madri figlicide erano significativamente più frequentemente caratterizzate da stati della mente di attaccamento “disorganizzati/incoerenti” — in particolare lo stile definito “Hostile/Helpless” (HH), cioè un attaccamento caratterizzato da esperienze traumatiche, mancanza di fiducia, ambivalenza, depressione, possibile dissociazione affettiva.

Questo suggerisce che una **terapia focalizzata sull'attaccamento, sulle relazioni interiori, su traumi pregressi e sulla capacità di mentalizzare** (ossia di riconoscere e rappresentare i propri e altri stati mentali)

potrebbe essere teoricamente utile — almeno come forma preventiva o riabilitativa.

Conclusioni

La maternità è accompagnata da trasformazioni cerebrali profonde che favoriscono l'attaccamento, la cura e la regolazione emotiva. Gli atti estremi come il filicidio non possono essere interpretati come il prodotto di un “cervello materno alterato”, ma come la manifestazione drammatica di disturbi psichiatrici severi e condizioni sociali avverse. La ricerca neuroscientifica attuale non consente di definire un profilo neurobiologico del filicidio materno, e la responsabilità etica impone di evitare generalizzazioni che possano stigmatizzare la maternità o la malattia mentale.

Bibliografia Essenziale

- Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S., & Hoekzema, E. (2019). *Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: Links to maternal caregiving and mental health*. Psychoneuroendocrinology, 99, 80–88.
- Hoekzema, E. et al. (2017). *Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure*. Nature Neuroscience, 20, 287–296.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). *Sadness, depression, and the postpartum brain: A review of functional MRI studies*. Journal of Affective Disorders, 97, 1–15.
- Spinelli, M. G. (2009). *Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives*. American Journal of Psychiatry, 166(4), 404–408.
- Resnick, P. J. (2016). *Child murder by parents: A psychiatric review of filicide*. American Journal of Psychiatry, 173(10), 1039–1046.

of Psychiatry, 173(11),
1109–1118.

- Brockington, I. F. (2004). *Postpartum psychiatric disorders*. The Lancet, 363(9405), 303–310.