

Psicologi & Psicologia in Sicilia



Notiziario dell' Ordine degli Psicologi
della Regione Siciliana

Numero 1/2026

***“Sessualità e affettività:
il ruolo della psicologia tra scuola,
clinica e intervento sociale”***

Indice

5 **Interviste**

alla Dott.ssa Vita Salvo e al Dott. Fabio Piastra

7 **Esperienze cliniche**

Sessualità e affettività in adolescenza: il ruolo dei contesti educativi nell'individuazione del trauma e nella prevenzione nei casi di violenza assistita
di Tiziana Scalia

10 **Riflessioni**

Il desiderio come scelta, da Boccaccio a Fromm: un viaggio verso un'affettività integrata
di Valentina Pantano

14 **Esperienze cliniche**

Dall'oggetto al soggetto: percorsi di rieducazione affettiva e riconoscimento dell'altro
di Licia Cutaia

18 **Riflessioni**

Sessualità e affettività nella società performativa: desensibilizzazione neuropsicologica, mercificazione identitaria e collasso educativo
di Michele Mulè

24 **Esperienze cliniche**

LGBT+ help.center: 10 anni di supporto alle persone LGBTQ+ a Catania
di Oriana Bisicchia e Andrea Malpasso

Indice

29 Esperienze progettuali

Sessualità e affettività come dimensioni cliniche e preventive nei contesti scolastici: evidenze dal lavoro psicologico tra osservazione, intervento e restituzione dei dati

di Federica Li Greci

34 Riflessioni

Costruire l'affettività: ethos, eros e pathos come dimensioni della competenza emotiva

di Salvatore Nicosia

37 Esperienze cliniche

La presa in carico psicologico-clinica di adolescenti con disforia di genere

di Giuseppe Marullo e Roberta Cosentino

46 Riflessioni

Sessualità e affettività come dimensioni integrate del benessere psicologico

di Marilena Maglia e Josephine Costa

52 Esperienze progettuali

Un intervento psicologico di promozione cognitivo-costruttivista dei processi di significazione affettiva in ambito educativo scolastico

di Claudia Montana

56 Riflessioni

Sessualità e affettività come linguaggi relazionali: una lettura sistemico-relazionale

di Antonietta Germanotta

Indice

59 Riflessioni

Lo specchio digitale: evidenze scientifiche e cliniche del sexting nella regolazione degli affetti

di Laura Compagnone e Daniele Mollaioli

Interviste

Interviste alla Dott.ssa Vita Salvo e al Dott. Fabio Piastra

Interviste realizzate a cura del **Comitato Redazione**

Sessualità e affettività: temi che nel contesto sociale, educativo e nella scena politica, generano ancora oggi dibattiti e opinioni contrastanti. Queste tematiche stanno attraversando profondi cambiamenti culturali, sociali ed educativi, generando nuove domande e bisogni sempre più complessi. In questo contesto la psicologia partecipa e fornisce un contributo chiave nella definizione di una visione integrata della sessualità da un punto di vista clinico, educativo, sociale e politico.

Parlare di affettività e sessualità oggi significa immergersi in un territorio di frontiera dove la clinica incontra il sociale e la prevenzione si scontra con il trauma. In questo numero abbiamo scelto di esplorare queste dinamiche attraverso uno sguardo multiplo: quello di chi accoglie il dolore delle vittime, quello di chi lavora sulle radici della violenza nell'uomo, ma soprattutto quello di chi opera attraverso la prevenzione come leva per il contrasto a qualsiasi forma di disagio e come propulsore del benessere bio-psico-sociale.

Un dialogo necessario per comprendere come la psicologia possa farsi bussola in un panorama relazionale sempre più frammentato.

Abbiamo intervistato una collega e un collega esperti siciliani che operano ai due poli della stessa realtà: la tutela delle donne e il trattamento degli autori di violenza, intervenendo nei contesti educativi, clinici e sociali.

La **Dott.ssa Vita Salvo**, psicologa, psicoterapeuta, formatrice. Si occupa da 20 anni di violenza maschile contro le donne all'interno del Centro Antiviolenza "Thamaia" di Catania, sia in ambito clinico e di sostegno psicologico, sia in ambito preventivo e di educazione sessuale e affettiva nei contesti scolastici ed educativi.

Il **Dott. Fabio Piastra**, psicologo e psicoterapeuta. Si occupa di criminologia e di psicoterapia e trattamento degli autori di reato e di violenza contro le donne e opera presso diversi penitenziari, UEPE e Tribunali della Regione Siciliana.



Guarda l'intervista completa:

<https://vimeo.com/1165953496?share=copy&fl=sv&fe=ci>



Guarda l'intervista completa:

<https://vimeo.com/1165959509?share=copy&fl=sv&fe=ci>

Esperienze cliniche

Sessualità e affettività in adolescenza: il ruolo dei contesti educativi nell'individuazione del trauma e nella prevenzione nei casi di violenza assistita

di Tiziana Scalia

L'adolescenza rappresenta una fase di transizione, il corpo si trasforma e diventa fonte di nuove sensazioni e interrogativi, mentre il desiderio di connessione affettiva guida la costruzione dell'identità e delle modalità relazionali future (Erikson, 1968). È la fase in cui la sessualità e l'affettività diventano ambiti da esplorare, ma anche fonti di vulnerabilità, attraverso il corpo e il rapporto con l'altro che l'adolescente inizia a delineare un senso più definito di sé. Queste esperienze non si manifestano in un vuoto psicologico, ma sono strettamente legate al contesto familiare, educativo e sociale che circonda l'adolescente. Se il percorso di crescita si svolge in un ambiente segnato da traumi relazionali precoci, come nel caso della violenza domestica, le modalità con cui il giovane vive l'intimità, sviluppa la fiducia e percepisce il proprio corpo possono essere profondamente alterate. La letteratura psicologica contemporanea considera la violenza assistita, non come un evento "indiretto", ma come una forma di maltrattamento psicologico con effetti duraturi sullo sviluppo emotivo e relazionale (Kitzmann et al., 2003). Durante l'adolescenza ed il nascere delle prime relazioni affettive e sessuali, le conseguenze di tali esperienze traumatiche possono diventare

manifeste. Le relazioni affettive possono attivare paure profonde, oscillando tra il desiderio di vicinanza e la paura dell'abbandono o del rifiuto; i confini corporei possono risultare confusi, e la capacità di interpretare segnali affettivi e sessuali reciproci può essere compromessa. La sessualità rischia di essere percepita non come un'opportunità di conoscenza e piacere, ma come un campo di tensione, adattamento o difesa (Briere & Spinazzola, 2005). In questi contesti complessi, le istituzioni educative, con particolare riferimento alla scuola, possono svolgere un ruolo cruciale nella prevenzione e nell'individuazione tempestiva dei segnali di disagio. Trattandosi di luoghi in cui gli adolescenti trascorrono gran parte del proprio tempo e sono osservati da adulti esterni al loro nucleo familiare, la scuola diventa uno spazio privilegiato per intercettare eventuali difficoltà. Cambiamenti nel rendimento scolastico, tendenza all'isolamento dai coetanei, manifestazioni di irritabilità o ritiri emotivi possono rappresentare indicazioni latenti di sofferenze interne non ancora riconosciute o elaborate (Roeser & Eccles, 2015).

Esemplificativo a tal riguardo è il caso della giovane A., studentessa di 15 anni, del secondo anno del liceo scienze Umane. A. è cresciuta in

un ambiente domestico caratterizzato da una costante presenza di violenza, a volte manifesta e diretta, altre volte celata ma comunque pervasiva. Le urla, e l'atmosfera carica di tensione hanno definito il contesto della sua infanzia, fungendo da scenario spesso inquietante. A., sin dai suoi primi anni, ha sviluppato un'acuta sensibilità nell'osservare il proprio ambiente, acquisendo la capacità di cogliere i minimi segnali di rischio e calibrando il proprio comportamento nel tentativo di prevenire eventuali episodi di escalation violenta. In questa situazione familiare instabile, A. ha gradualmente relegato in secondo piano i propri bisogni personali per assumere un ruolo centrale nel prendersi cura della madre, facendosi carico delle sue necessità emotive e divenendo per lei un punto di riferimento. Le emozioni quali paura, rabbia e tristezza sono state sistematicamente represses, non per una mancata consapevolezza, ma perché la priorità era rivolta alla gestione degli stati emotivi altrui, al mantenimento di un equilibrio precario e alla sopravvivenza quotidiana. Questo precoce adattamento a un ruolo adulto ha influito profondamente sulla modalità con cui A. si rapporta alle relazioni interpersonali. L'uscita dalla scena familiare del padre ha segnato un passaggio rilevante dal punto di vista della sicurezza fisica tangibile. Tuttavia, tale evento non ha comportato un immediato sollievo sul piano emotivo. Nonostante l'assenza della minaccia diretta, A. continua a percepire un persistente stato di allerta emotiva. Le relazioni interpersonali rimangono per A. un terreno complesso: il desiderio di vicinanza e affetto si intreccia con la paura, complicando la capacità di affidarsi agli altri e rendendo ogni legame una

prova continua di fiducia e vulnerabilità. L'invio alla consultazione psicologica avviene a seguito di segnalazioni scolastiche relative a isolamento sociale, instabilità dell'umore e comportamenti ambivalenti. In questo caso, il contesto educativo ha svolto una funzione di rilevazione del disagio, fungendo da ponte tra l'esperienza soggettiva dell'adolescente e l'attivazione di un percorso di supporto clinico. Nel lavoro clinico sono emersi difficoltà di regolazione emotiva, uno stato di ipervigilanza costante e una profonda ambivalenza nei confronti della vicinanza affettiva. La sessualità, è vissuta non come uno spazio di scoperta e piacere, ma un territorio incerto, in cui i confini corporei sono poco chiari e il consenso fatica a essere riconosciuto come esperienza relazionale condivisa. Il corpo assume una funzione prevalentemente difensiva, coerente con un trauma relazionale precoce che ha insegnato a proteggersi più che ad affidarsi. Le rappresentazioni affettive di A. sono profondamente segnate dal modello di coppia osservato, in cui l'amore si accompagna alla sofferenza, al controllo e alla rinuncia di sé. In questo quadro, l'educazione all'affettività e alla sessualità assume un valore essenziale sia sul piano preventivo sia su quello trasformativo. Non si limita alla trasmissione di concetti biologici ma offre agli adolescenti spazi in cui parlare di emozioni, relazioni, corpo e consenso. Significa fornire strumenti per dare un nome alle proprie esperienze e per immaginare modalità di legame alternative. Per chi ha vissuto la violenza assistita, questi interventi rappresentano il primo incontro con modelli relazionali basati sul rispetto reciproco e sulla sicurezza emotiva. La presenza di psicologi scolastici e adulti

adeguatamente formati permette di interpretare il disagio non come una semplice manifestazione comportamentale negativa, ma come un segnale di bisogni emotivi e relazionali che necessitano di essere compresi e accompagnati, evitando interpretazioni colpevolizzanti o riduttive. La collaborazione tra scuola, servizi clinici e servizi sociali diventa un elemento essenziale per accompagnare l'adolescente in un percorso di ricostruzione del senso di sé e delle proprie relazioni. In conclusione, i contesti educativi non sono soltanto luoghi di apprendimento formale, ma spazi potenzialmente trasformativi, in cui il trauma può essere riconosciuto e la prevenzione può prendere forma. Investire in un'educazione all'affettività e alla sessualità sensibile al trauma significa offrire agli adolescenti la possibilità di riscrivere la propria storia relazionale, interrompendo la trasmissione della violenza e aprendo la strada a legami più consapevoli, rispettosi e sicuri.

Bibliografia

- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. W. W. Norton & Company.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2015). School as a developmental context. In *Handbook of Adolescent Psychology*.

Riflessioni

Il desiderio come scelta, da Boccaccio a Fromm: un viaggio verso un'affettività integrata

di **Valentina Pantano**

"Le forze della natura sono troppo grandi, e non che io, ma i giganti non le potrebbero sostenere, non che contrastare; e però lasciatemi vivere secondo la mia natura."

Giovanni Boccaccio, Decameron, Introduzione alla Quarta Giornata

Con questa introduzione alla Quarta Giornata del Decameron, Giovanni Boccaccio compie una vera rivoluzione culturale: riconoscendo all'amore e alla sessualità le stesse forze riconosciute alla natura, sottraendole quindi all'allora imperante giudizio religioso, le riconduce alla sfera naturale biologica e psicologica. Se nemmeno i giganti possono opporsi all'istinto allora l'amore diventa una legge fisica alla quale è inutile resistere. In questo modo, il Decameron anticipa di secoli l'idea moderna di 'impulso vitale', sostituendo la morale repressiva medievale con un'accettazione più realistica e psicologica dell'essere umano. Il superamento del concetto secondo cui affetto e sessualità sono frammenti separati o, peggio, in conflitto tra loro rappresenta un punto di svolta fondamentale nella letteratura occidentale per quanto riguarda la concezione della figura femminile. Se nel Medioevo la donna era spesso vista o come una figura angelica e spirituale (la "donna angelo" di Dante e Petrarca) o, all'opposto, come una tentatrice pericolosa, Boccaccio la

riporta in una dimensione terrena, complessa e profondamente umana attribuendole la prontezza di spirito e l'intelligenza verbale. In un mondo dominato dagli uomini, le donne di Boccaccio usano la parola come strumento di emancipazione per uscire da situazioni difficili, beffare mariti sciocchi o conquistare ciò che desiderano. A titolo esemplificativo ricordiamo Ghismunda che difende con orgoglio il suo amore per Guiscardo davanti al padre, rivendicando la nobiltà del cuore sopra quella del sangue e Madonna Filippa, con la sua arguzia, che riesce a cambiare una legge ingiusta che condannava le donne adultere, sostenendo che la passione amorosa è una forza naturale cui è impossibile resistere.

Il pensiero di Boccaccio si intreccia con quello dello psicologo e psicoterapeuta tedesco Erich Fromm per il quale l'affettività non è un impulso da subire che appartiene alla dimensione dell'Avere, ovvero il desiderio come possesso che ci domina, ma è un'affermazione della propria capacità di amare, la dimensione dell'Essere. L'affettività sana, in questa prospettiva, non è la semplice soddisfazione di un istinto, ma la trasformazione di quella forza naturale in un atto di cura, responsabilità e rispetto verso l'Altro. Le figure femminili protagoniste delle novelle del Decameron incarnano e manifestano, quella

che Erich Fromm in *L'arte di amare*, definisce "amorevolezza operante" o "amore produttivo" postulando che l'amore non sia un affetto passivo da cui si viene travolti, ma un'attività della psiche, un esercizio di volontà e di cura.

Nel Medioevo, soprattutto nelle classi nobiliari, il matrimonio era un contratto economico e politico deciso dalle famiglie per unire patrimoni o siglare alleanze, la donna, il cui ruolo rimaneva confinato a oggetto di questo scambio, non aveva alcuna voce in capitolo sulla scelta del compagno. Di conseguenza affetto e sessualità erano scissi: se l'unione matrimoniale era funzionale alla procreazione e al patrimonio, l'amore, quello vero, passionale, era spesso cercato fuori dal vincolo coniugale, ma restava un tabù, un peccato che se scoperto veniva duramente represso. Boccaccio interviene sostenendo che l'amore è una forza naturale che non può essere regolato da contratti notarili e se la letteratura precedente separava l'amore spirituale (nobile) da quello fisico (volgare), Boccaccio li riunisce affermando fortemente che la felicità della donna passa attraverso la soddisfazione di entrambi. Nei contesti economicamente poveri, soprattutto della società contadina, dove non c'erano patrimoni da tutelare e interessi così forti da giustificare matrimoni combinati, sessualità e affetto potevano coincidere più facilmente. La vera rivoluzione di Boccaccio sta nel voler estendere questa libertà naturale tipica dei contesti meno legati al potere e alla società nobiliare anche alle donne appartenenti proprio a tali ambienti.

Attraverso le sue novelle, egli suggerisce che la

natura è uguale per tutti, una contadina e una regina provano gli stessi desideri e se la società borghese, nobile e aristocratica ha separato l'affetto dalla sessualità per ragioni di denaro e di potere, Boccaccio usa l'ingegno dei suoi personaggi per tentare di riunire tali desideri.

L'esempio di Madonna Filippa che rivendica il diritto di disporre del proprio desiderio esulando il dovere coniugale e scardinando la logica del possesso, opera il passaggio dalla modalità dell'Avere, in cui il partner è considerato puro oggetto di proprietà, alla modalità dell'Essere, in cui la relazione è intesa come spazio di espressione dell'identità. L'intersezione tra la letteratura boccacciana e la psicoanalisi umanistica di Fromm ci conduce a una sintesi necessaria per la psicologia contemporanea: l'integrazione tra affettività e sessualità. Boccaccio e Fromm, seppur in tempi storici e culturali diversi, convergono nell'idea che una sessualità senza rispetto, reciprocità e riconoscimento dell'Altro diventi un atto meccanico, una forma di alienazione del Sè. Al contrario, quando l'affettività è integrata dal desiderio e dalla passionalità e il piacere è reciproco e condiviso, la sessualità non è più una colpa o un peccato da spiare, ma una celebrazione della vitalità. Nella società iper-edonistica attuale, assistiamo spesso a una scissione paradossale: da un lato una sessualità "tecnica" e slegata dall'affetto (il consumo del corpo come oggetto), dall'altro un'affettività idealizzata ma priva di corporeità. Nei nostri giorni, la psicologia clinica osserva come la libertà sessuale non si sia sempre tradotta in benessere affettivo al contrario, spesso, anche per la

disponibilità di strumenti digitali, il partner rischia di diventare un bene di consumo intercambiabile. In un'epoca di relazioni "liquide", Boccaccio e Fromm ci offrono una bussola fondamentale: l'affettività non può essere ridotta a un contratto, né la sessualità a una funzione biologica isolata. La sfida della psicologia contemporanea rimane quella di insegnare l'arte di essere integri, individui capaci di ardere della propria "natura", di gestire i propri desideri senza smarrire il senso profondo del rispetto e della responsabilità verso l'Altro. In questo scenario il ruolo dello psicologo è di orientare l'individuo oltre il pieno ed esclusivo godimento del qui e ora diventando facilitatore di progettualità affettiva aiutandolo a trasformare il "desiderio-oggetto" in "desiderio-progetto" e accompagnandolo in un percorso di autoconsapevolezza e di riconoscimento di un'affettività integrata capace di includere, oltre alla visione del presente, la memoria del legame passato e la costruzione di un progetto comune futuro. In una società che spesso spinge verso relazioni passeggere alimentate da algoritmi senza anima, lo psicologo dovrebbe promuovere una visione dell'affettività come forza generativa guidando l'individuo a riscoprire che il piacere più alto non risiede nell'immediatezza del possesso, ma nella durata di un incontro che sa farsi progetto, storia e, infine, destino condiviso.

L'intersezione tra la letteratura trecentesca e la psicoanalisi umanistica ci restituisce una verità fondamentale: la salute psicologica risiede nella capacità di essere "artefici" del proprio amore, amore desiderato e desiderante come fenomeno intrinseco alla natura umana, la cui purezza rende la persona più nobile, migliore, elevando il suo spirito e il suo carattere:

"L'amore, quando è onesto e senza vizi, non è altro che una naturale inclinazione dell'animo, la quale nobilita chiunque l'accoglie".

Bibliografia

Boccaccio, G., Decameron, a cura di A. Quondam, M. Fiorilla e G. Alfano, BUR Rizzoli, Milano, 2013. (Edizione di riferimento per le novelle di Ghismunda, IV, 1 e Madonna Filippa, VI, 7).

Battaglia, S., Giovanni Boccaccio e la riforma della narrativa, Liguori, Napoli, 1969. (Fondamentale per l'analisi del passaggio dal "tipo" letterario alla "persona" psicologica).

Getto, G., Vita di forme e forme di vita nel Decameron, Petrini, Torino, 1986. (Analizza il binomio Natura-Ingegno come motore dell'azione umana).

Fromm, E., L'arte di amare, trad. it. di G. Visentini, Mondadori, Milano, 1986. (Per i concetti di amore come attività e l'integrazione tra sessualità e responsabilità).

Fromm, E., Avere o essere?, trad. it. di F. Postiglione, Mondadori, Milano, 2017. (Per la distinzione tra desiderio come possesso e desiderio come espressione dell'io).

Fromm, E., Il cuore dell'uomo: la sua disposizione al bene e al male, Carocci, Roma, 2011. (Approfondimento sul concetto di Biofilia contrapposto alla necrofilia sociale).

Recalcati, M., Mantieni il bacio. Lezioni brevi sull'amore, Feltrinelli, Milano, 2019. (Per il collegamento contemporaneo sulla tenuta del legame affettivo oltre l'edonismo).

Occhipinti Confalonieri, C., Boccaccio e la rivoluzione delle donne, in Storica National Geographic, n. 203, gennaio 2026. (Focus sulla modernità dei diritti femminili e la rottura dei tabù medievali).

Barbero, A., Donne, madonne, mercanti e cavalieri: Sei storie medievali, Laterza, Roma-Bari,

2013. (Per il contesto sociologico sulle dinamiche di potere e genere nel Trecento).

Esperienze cliniche

Dall'oggetto al soggetto: percorsi di rieducazione affettiva e riconoscimento dell'altro

di Licia Cutaia

"L'incontro d'amore è l'incontro tra due libertà e io non posso essere proprietario della libertà dell'altro."

Massimo Recalcati

Nelle relazioni di coppia contemporanee si evidenzia in modo crescente una deriva patologica che muta il legame amoroso in relazione tossica declinando in modo totalizzante affettività, intimità e sessualità. Questo degrado del rapporto amoroso è sovente a discapito della donna che annulla i propri confini nel sacrificio d'amore e perde l'espressione di Sé stessa o soccombe nello sforzo di preservarla. Questa drammatica dinamica sociale esprime una disabilità intesa davvero come una incapacità di gestire l'Altro nella dinamica di coppia e di riuscire a muoversi nella crescita amorosa mantenendo se stessi pur riconoscendo l'Altro. La coppia è tale se l'Altro funge da valore aggiunto e se resta un compagno di vita. Piuttosto questa consapevolezza è ancora oggi intrappolata in retaggi culturali transgenerazionali avvilenti sicché richiede un cambio di paradigma: l'imposizione di un nuovo codice emotivo.

In ambito clinico, questa confusione si traduce in una distorsione della "domanda d'amore" soffocata nella pretesa di controllo dove il rispetto è subordinato alla compiacenza dell'altro.

Il concetto di "No" non viene recepito come affermazione di autenticità personale, ma come attacco al legame. Questa distorsione cognitiva altera i pilastri dell'equilibrio di coppia.

Individuando tre principi dicotomici fiducia/controllo, intimità/sessualità e vicinanza/distanza, emergono frequentemente paradossi clinici: coppie con una vita sessuale priva di reale intimità, legami simbiotici che non tollerano la distanza fisiologica, dove il controllo esplicito o non esplicito, surroga l'accettazione rendendo impossibile il contrasto.

In clinica l'equilibrio di coppia si può rappresentare come una danza che si muove lungo quattro direttrici in modo flessibile ed armonico. Quando uno dei poli domina in modo rigido, la relazione diventa tossica:

Asse Fiducia vs Controllo: La carenza di fiducia ovvero della capacità di credere nell'altro, viene distorta dal controllo iper-vigilante, che riduce l'altro a "oggetto" posseduto.

Asse Intimità vs Sessualità: La sessualità viene agita come performance o scarica libidica, priva di intimità che invero è considerata una declinazione della vulnerabilità.

Asse Vicinanza vs Distanza: L'incapacità di tollerare la distanza si declina in minaccia di abbandono.

Asse Accettazione vs Rifiuto: Il "No" viene interpretato come un attacco al legame, anziché come un atto di autenticità e auto-determinazione.

Bisogna tracciare un percorso d'intervento che traduca la relazione tra disabilità affettiva e salute relazionale in un protocollo procedurale applicabile, capace di bilanciare le variabili in gioco e definire un nuovo codice etico ed emotivo.

Il cambiamento necessita di passaggi chiavi; prima di tutto l'alfabetizzazione emotiva che scardini l'eredità culturale del patriarcato e del possesso.

Occorre poi insegnare e valorizzare l'importanza del Sé Emotivo: solo chi è consapevole dei propri bisogni e limiti può riconoscere quelli dell'Altro.

Ridurre la centralità dell'eros come fulcro della funzionalità della coppia traslando il focus dalla sessualità fisica all'intimità emotiva. La salute di una coppia si misura dalla capacità di integrare il "No" come parte del dialogo affettivo.

È necessario insegnare che l'amore non è "misura dell'azione dell'altro", ma uno spazio di libertà dove il rispetto precede il desiderio di controllo.

Questa procedura consente di creare una riabilitazione alla capacità di amare perché è evidente che la "disabilità affettiva" non è

anedonia o apatia ma qualcosa che riguarda la relazione ovvero la mancanza di strumenti per gestire l'alterità.

Il passaggio dal "Tu mi appartieni" al "Io ti riconosco" è il cardine della rivoluzione culturale necessaria. Un intervento psicoeducativo deve creare un percorso di consapevolezza in cui si insegna a riconoscere quali siano i segnali di allarme prima di raggiungere una deriva patologica per ciascuna dimensione.

Il caso clinico di Cinzia, trentadue anni, vittima di una relazione totalizzante durata sei anni, offre lo spunto per analizzare come la pretesa di controllo possa essere scambiata per "domanda d'amore" e come sia possibile operare un cambio di paradigma.

Cinzia giunge in terapia con una sintomatologia ansioso-depressiva. La sua relazione era patologica; l'altro non era un soggetto da incontrare, ma un oggetto da possedere. In questa dinamica, il partner di Cinzia utilizzava il sesso come strumento di conferma del possesso e il silenzio punitivo come risposta a ogni tentativo di autonomia di lei. Il "No" di Cinzia non era percepito come una libera espressione della sua personalità, ma come un "rifiuto" intollerabile, un attacco pericoloso, una sottrazione al legame che scatenava nel partner minacce di abbandono.

L'intervento si è strutturato rileggendo la loro relazione e gli scambi comunicativi della coppia alla luce delle precedenti direttrici:

- Gli scambi tra i partner erano privi di fiducia mentre c'era una prevalenza di manovre

controllanti (richiesta di password, uso del GPS, controllo degli orari). Cinzia era diventata una "estensione" del partner. (fiducia/controllo)

- Gli scambi sessuali erano meccanici e privi di comunicazione emotiva. Cinzia si sentiva sola e usata (intimità/ sessualità). Ogni spazio individuale di Cinzia era considerato dal compagno come il rischio di essere abbandonato (vicinanza/distanza).

Il percorso di riabilitazione alla capacità di amare si è articolato in tre momenti cruciali per modificare il concetto di "possesso" e pervenire al "riconoscimento".

Il primo passo è stato sbriciolare i retaggi transgenerazionali che condizionavano Cinzia: per lei "amare significava sacrificarsi" e riconoscere gradualmente l'importanza del rispetto dei confini per l'emergenza del Sé emotivo. Da qui l'interiorizzazione di un nuovo principio per Cinzia ovvero: solo chi è consapevole dei propri limiti può riconoscere quelli dell'altro.

Poi, Cinzia ha appreso a esercitare i diritti assertivi su piccole questioni di ordinaria quotidianità, gestendo proficuamente anche la propria reazione e imparando a sgretolare il proprio senso di colpa quando agiva in modo nuovo rispetto al passato. L'obiettivo era accettare il contrasto riconoscendolo come parte del dialogo affettivo, trasformando il diritto di dire "no" non più come attacco ma come affermazione della propria auto-determinazione.

Cinzia ha imparato a distinguere tra la concessione sessuale basata sulla paura e l'intimità emotiva basata sulla sicurezza e sulla considerazione reciproca.

L'intervento non è stato orientato a salvare la coppia (giacché essa non c'era, invece era sostituita da una scarna dualità) piuttosto a lasciar emergere la persona oltre il legame consentendo a Cinzia di riappropriarsi dei propri confini.

La "disabilità affettiva" del partner, incapace di gestire l'espressione dell'Altra, ha reso impossibile il mantenimento del legame ma ha consentito a Cinzia di uscire dalla miopia relazionale. Il passaggio dal "Tu mi appartieni" al "Io ti riconosco" è stato il cardine di questa rivoluzione personale.

La capacità di Cinzia di svincolarsi da questo legame tossico è stata possibile attraverso una consapevolezza del gioco relazionale di cui essa era parte e che essa stessa alimentava assecondando i moniti relazionali acquisiti nella sua storia personale e familiare ed al contempo aderendo all'idea di se stessa come inadeguata e indegna di essere amata in modo libero e rispettoso. La consapevolezza della volontà di essere rispettata è stata raggiunta tramite la consapevolezza che essa stessa doveva prima rispettare sé stessa.

In generale, riconoscere di aver alimentato il legame patologico non significa colpevolizzarsi, ma identificare la propria quota di responsabilità e riacquisire il controllo del cambiamento attraverso l'irriverenza ad un meccanismo servile. Come a dirsi: "Se io contribuisco a mantenere l'equilibrio tossico, io stessa ho il potere di romperlo smettendo di assecondare quei moniti". L'interiorizzazione di questo nuovo orizzonte di pensiero ed il consolidamento di una nuova

immagine di sé stessa inaugura una nuova postura relazionale.

Questo passaggio segna il cambiamento dal "Tu mi appartieni perché sei come lo ti chiedo di essere" al nuovo messaggio "lo ti riconosco come diversa nei valori, nei bisogni che rispetto anche se non coincidono con i miei"

L'amore si fonda sull'esercizio delle libertà dei poli di una coppia. La capacità di esercitare un nuovo codice etico ed emotivo può consentire di salvarsi dalla trappola del controllo costruendo relazioni dove il rispetto precede e sostiene il desiderio.

Bibliografia

- Andolfi, M. (1999). La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale. Raffaello Cortina Editore.
- Cancrini, L. (2002). L'amore che cura. Raffaello Cortina Editore.
- Chiara Simonelli, Adele Fabrizi, Roberta Rossi, Francesca Tripodi (2019). Sessuologia clinica. Diagnosi, trattamento e linee guida internazionali. Franco Angeli Editore.
- Cigoli, V., & Scabini, E. (2006). Il familiare. Legami, simboli e transizioni. Raffaello Cortina Editore.
- Crepet, P. (2001). Non siamo capaci di ascoltarli. Einaudi.
- Harris R. (2011). Se la coppia è in crisi. Impara a superare frustrazioni e risentimenti per ricostruire una relazione consapevole. Franco Angeli.
- Schnarch D. (2001). La passione del matrimonio. Sesso e intimità nelle relazioni d'amore. Raffaello Cortina Editore.

Riflessioni

Sessualità e affettività nella società performativa: desensibilizzazione neuropsicologica, mercificazione identitaria e collasso educativo

di Michele Mulè

Desensibilizzazione neuropsicologica: oltre l'accesso, il meccanismo

La questione centrale non risiede nell'accesso ai contenuti pornografici in sé, ma nei processi di desensibilizzazione neuropsicologica indotti da un'esposizione ripetuta in assenza di mediazione critica. Le neuroscienze delle dipendenze descrivono un pattern caratterizzato da tolleranza allo stimolo, progressiva escalation e compromissione dei meccanismi di controllo, con particolare coinvolgimento dei circuiti della ricompensa e delle funzioni prefrontali (Volkow & Koob, 2016; Kühn & Gallinat, 2014).

La riduzione del controllo esecutivo, associata all'ipo-frontalità, compromette la capacità di valutare le conseguenze, regolare gli impulsi e integrare emozione e cognizione, traducendosi in comportamenti disfunzionali con ricadute sul funzionamento personale e relazionale (Schiebener et al., 2015). Parallelamente, la necessità di stimoli sempre più intensi favorisce l'escalation verso contenuti precedentemente percepiti come disturbanti, espressione del meccanismo di tolleranza.

Un ulteriore effetto rilevante riguarda la

desensibilizzazione empatica. L'elevata presenza di aggressività nei contenuti pornografici mainstream contribuisce alla normalizzazione della violenza e alla riduzione della capacità di riconoscere e rispondere emotivamente alla sofferenza altrui. Secondo la teoria del copione, l'esposizione continuativa a tali modelli favorisce processi di apprendimento sociale che dissociano l'atto dalle sue conseguenze, soprattutto in età adolescenziale, quando le competenze di mentalizzazione e regolazione emotiva sono ancora in via di sviluppo (Stepanko, 2022; Rostad et al., 2019).

Esiti clinici ed epidemiologici: dal cervello al corpo sociale

I dati ISS 2023-2025 documentano un'emergenza sanitaria: tra 2021-2023, incremento complessivo IST del 16,1%, con gonorrea +83,2%, sifilide primaria/secondaria +25,5%, clamidia +21,4%. La fascia 15-24 anni presenta prevalenza di Chlamydia trachomatis tripla rispetto agli over 25; nelle under 25 la prevalenza è del 7% contro l'1% delle over 40. In tre casi su quattro l'infezione è asintomatica, configurando una pandemia silenziosa. La prevalenza di HIV tra persone con IST confermata

raggiunge il 12,6%, circa quaranta volte superiore alla popolazione adulta generale.

Sul piano delle disfunzioni sessuali, emerge un quadro clinico anomalo: 20% di disfunzione erettile nei maschi compresi tra 18-35 anni, dato storicamente incoerente per questa fascia d'età. Incremento documentato di vaginismo primario e secondario, con casi clinici di lacerazioni anali da tentativi di riproduzione di performance pornografiche (Europa settentrionale). La ricerca CNR-MUSA (2022) su 4.288 studenti evidenzia consumo pornografico intensivo nel 46,2% dei maschi e 8,4% delle femmine, con età media del primo contatto a 9 anni. Save the Children (2025) documenta che il 73% degli adolescenti 13-17 anni ha fruito di pornografia, oltre la metà prima dei 13 anni.

Disturbi dell'immagine corporea: il 26% degli adolescenti ritiene che la pornografia offra rappresentazione realistica dell'atto sessuale (Save the Children, 2025), generando insicurezze da confronto con standard estetici irrealistici. Due adolescenti su dieci si sono sottoposti o sarebbero disposti a sottoporsi a chirurgia estetica. La "sindrome da spogliatoio" e il body shaming rappresentano manifestazioni di un falso Sé performativo (Winnicott, 1960) che confonde desiderabilità con conformità a parametri pornografici. Tali fenomeni si correlano clinicamente con il disturbo da dismorfismo corporeo (DSM-5, 300.7), caratterizzato da preoccupazione ossessiva per difetti percepiti nell'aspetto fisico, con conseguente compromissione del funzionamento sociale e sessuale.

Mercificazione capitalistica e liquidazione del Sé

OnlyFans rappresenta l'apice della reificazione capitalistica applicata alla sessualità. Solo l'1% guadagna cifre significative, mentre la maggioranza espone il corpo per redditi inferiori a 1.000€/mese, con la piattaforma che trattiene il 20%. Dal punto di vista psicodinamico, si assiste a liquidazione del Sé (Bauman, 2000): l'identità non si costruisce attraverso l'individuazione (Jung, 1921) ma mediante riduzione a immagine commerciabile.

La psicoterapeuta Bommassar evidenzia tassi elevati di disturbi di personalità, depressione e suicidio tra i creator, descrivendo il fenomeno come mercificazione non solo del corpo ma dell'identità. Il meccanismo seduttivo si basa sull'illusione del controllo: "mostro per scelta" maschera dipendenza psicologica dal riconoscimento esterno. La validazione attraverso "like" e guadagni opera come rinforzo intermittente (meccanismo cardine delle dipendenze comportamentali): l'imprevedibilità del riconoscimento sociale mantiene il soggetto vincolato alla piattaforma attraverso un circolo in cui il valore personale si misura esclusivamente in termini di monetizzazione. Come nota Matteo Flora nella prospettiva marxista, la ragazza su OnlyFans è sfruttata dalla piattaforma stessa, parte del plusvalore le viene sottratto (Blast, 2024).

Contesto socioeconomico: in assenza di opportunità occupazionali strutturate in Italia, dove anche con ottima istruzione mancano ruoli sociali accessibili e identità pubbliche condivisibili,

le piattaforme digitali offrono l'illusione di visibilità immediata. La società performativa cavalca un modello fortemente capitalistico che estremizza ogni contenuto per soddisfare richieste di un pubblico sempre più esigente e desensibilizzato.

Polarizzazione politica: interventi progressisti sempre più polarizzati hanno creato il paradosso per cui mercificare il proprio corpo viene presentato come espressione di libertà socio-politica. Questa retorica ha trasformato l'autodeterminazione in brand, il corpo in slogan. La ricerca CNR-IRPPS documenta effetto "emancipativo" paradossale nelle femmine, suggerendo meccanismi difensivi di identificazione con l'aggressore (A. Freud, 1936). Sempre più giovani donne promulgano questi standard convinte che la mercificazione rappresenti non solo libertà ma anche fonte di guadagno, successo e potere.

Vuoto educativo: assenza di mediazione simbolica

Save the Children (2025) documenta che solo il 47% degli studenti ha ricevuto educazione sessuale a scuola, con disparità drammatiche (Nord-Est 59%, Sud e Isole 37%). Il 52,2% degli adolescenti impara scrollando e googlando, mentre solo il 37% lo fa a scuola. Il 57% cerca informazioni online quando ha dubbi, solo 1 su 3 ne parla con i genitori. Il 98% dei minori accede al porno, spesso da 8-9 anni (EduNews24, 2025).

L'Italia è tra i sei Paesi UE (con Bulgaria, Cipro, Lituania, Polonia, Romania) che non prevedono

programmi obbligatori di educazione sessuale. Dal 1975 (proposta Giorgio Bini) si sono susseguite 16 proposte di legge, mai approvate. In 9 su 10 ragazzi italiani si documentano su Internet, spesso ricorrendo a siti pornografici, contro il 50% dei ragazzi svedesi.

I "falsi profeti": la proposta di pornoattori come Max Felicitas e Rocco Siffredi per l'educazione sessuale rappresenta il sintomo di un vuoto istituzionale. Il paradosso è duplice: (1) idealizzazione mitizzante sono già percepiti dagli adolescenti come immagini eccessivamente idealizzate, standard irraggiungibili che amplificano inadeguatezza; (2) assenza di disclaimer critici i contenuti pornografici sono privi di testimonianze sulla finzione, uso di body double, regia costruita. Gli stessi autori promulgano attraverso i social che "il piacere può essere raggiunto solo attraverso determinati standard", producendo effetti diretti su percezione del sé, vaginismo, dismorfismo corporeo, sindrome da spogliatoio.

Come documenta Barbara Suligoj (ISS): "I giovani spesso non sanno dove reperire informazioni, non si recano regolarmente presso specialisti, si informano sul web con fonti approssimative se non fuorvianti". Questa lacuna configura forclusione del Nome-del-Padre (Lacan): assenza di funzione simbolica strutturante che lascia il soggetto in balia dell'immaginario pornografico senza mediazione culturale.

Fondamenti psicomodinamici: dalla scissione alla ricomposizione

La pornografia contemporanea opera perverzione della dialettica freudiana Eros-Thanatos: il corpo diviene oggetto parziale (Klein, 1946), scisso dalla dimensione soggettiva. Bowlby (1969) identifica nell'attaccamento sicuro il fondamento dello sviluppo psicosessuale sano. L'adolescente esposto precocemente sviluppa modelli operativi interni disfunzionali: l'altro viene percepito come oggetto da controllare, configurando uso dell'oggetto anziché relazione con l'oggetto (Winnicott, 1971).

Kernberg (1995) definirebbe questa condizione patologia delle relazioni oggettuali: incapacità di integrare aspetti ideali e persecutori, sostituita da scissione manichea dominante-sottomesso. Espressioni frequenti come "devi entrarci nella mente" evidenziano trasformazione della relazione in rapporto di potere, dove l'affettività viene percepita come debolezza da eliminare. La ricerca CNR documenta deterioramento autostima, amplificazione emozioni negative, alti livelli di ansia e depressione, rafforzamento dell'oggettivizzazione femminile e adesione ai ruoli stereotipati nei maschi.

Prospettive di intervento: il ruolo strategico della psicologia

Ambito clinico: intervento psicomodinamico integrato focalizzato sull'elaborazione dei traumi da esposizione precoce; ricostruzione della capacità di mentalizzazione (Fonagy, 1991); lavoro sull'integrazione identitaria (Kohut, 1971);

ricomposizione tra pulsione sessuale e dimensione affettiva attraverso tecniche di self-cohesion. Risulta fondamentale il lavoro sulla regolazione affettiva, poiché molti giovani utilizzano il consumo pornografico o la mercificazione del sé come strategia disfunzionale di modulazione emotiva: l'intervento deve favorire l'acquisizione di competenze alternative per la gestione di ansia, solitudine, noia e stress, riducendo la dipendenza da rinforzi esterni immediati.

Ambito scolastico: urgenza di educazione sessuale ed emotiva obbligatoria che integri: psico-educazione evidence-based su fisiologia, contraccezione, IST; decostruzione critica dei contenuti pornografici come prodotto commerciale fiction; sviluppo delle competenze relazionali basate su consenso, reciprocità, rispetto; prevenzione della violenza di genere; educazione critica ai media digitali. Formazione specifica per docenti, coinvolgimento genitori.

Ambito sociale: advocacy per politiche di sanità pubblica: regolamentazione accesso minori (modello francese: verifica identità); protocolli screening IST nelle scuole; campagne contro mercificazione identitaria; contrasto alla retorica della "libertà di mercificarsi" attraverso alfabetizzazione critica al capitalismo digitale; servizi consultoriali accessibili, gratuiti, anonimi per fasce giovanili.

Conclusioni

La dissociazione contemporanea tra sessualità e affettività costituisce emergenza psicosociale con ricadute cliniche, epidemiologiche e sociologiche

documentate. Il problema non è l'accesso ai contenuti sessuali ma la desensibilizzazione progressiva in assenza di mediazione critica, la normalizzazione della violenza attraverso teoria del copione, la mercificazione capitalistica dell'identità spacciata per autodeterminazione, e il collasso dei sistemi educativi istituzionali.

Le neuroscienze dimostrano alterazioni cerebrali strutturali; l'epidemiologia documenta incrementi drammatici di IST e disfunzioni sessuali; la psicodinamica evidenzia compromissione delle capacità relazionali e integrazione identitaria; la sociologia descrive un sistema che produce e riproduce disuguaglianze attraverso mercificazione capitalistica del corpo.

La psicologia deve proporsi come disciplina-ponte capace di riconnettere ciò che la società performativa ha scisso. Solo attraverso un intervento multidimensionale neuropsicologico, terapeutico, educativo, normativo sarà possibile restituire alle nuove generazioni la capacità di integrare pulsione e affetto, corpo e soggettività, desiderio e relazione. Come insegna Winnicott (1965), lo sviluppo sano richiede un ambiente facilitante: è responsabilità collettiva costruirlo, contrastando sia il moralismo che il liberismo acritico.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge:

Polity Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)

Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. London: Hogarth Press.

Jung, C. G. (1921). *Psychological Types*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kernberg, O. F. (1995). *Love Relations: Normality and Pathology*. New Haven, CT: Yale University Press.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.

Kühn, S., & Gallinat, J. (2014). Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption: The brain on porn. *JAMA Psychiatry*, 71(7), 827-834. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.93>

Mikorski, R., & Szymanski, D. M. (2017). Masculine norms, peer group, pornography, Facebook, and men's sexual objectification of women. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(4), 257-267. <https://doi.org/10.1037/men0000058>
Rostad, W. L. et al. (2019). The association between exposure to violent pornography and

teen dating violence in grade 10 high school students. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 2137-2147.

Schiebener, J., Laier, C., & Brand, M. (2015). Getting stuck with pornography? Overuse or neglect of cybersex cues in a multitasking situation is related to symptoms of cybersex addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 14-21. <https://doi.org/10.1556/JBA.4.2015.1.5>

Stepanko, M. (2022). Pornography and gender-based violence: Examining the relationship through a systematic review. *Societies*, 12(3), 87. <https://doi.org/10.3390/soc12030087>

Tintori, A., Cerbara, L., Ciancimino, G., & Della Ratta, S. (2023). The (un)equal effect of binary socialisation on adolescents' exposure to pornography: Evidence from a population-based study. *Societies*, 13(2), 45. <https://doi.org/10.3390/soc13020045>

Volkow, N. D., & Koob, G. F. (2016). Brain disease model of addiction: Why is it so controversial? *JAMA Psychiatry*, 73(9), 891-892. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1635>

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth Press.

Esperienze cliniche

LGBT+ help.center: 10 anni di supporto alle persone LGBTQ+ a Catania

di Oriana Bisicchia e Andrea Malpasso

Negli ultimi anni, il contesto sociopolitico italiano continua a mostrare criticità profonde e persistenti riguardo alla tutela dei diritti e del benessere delle persone LGBTQI+. I dati internazionali mostrano un quadro non poco allarmante: l'Italia si colloca al 35° posto su 49 paesi in Europa nella classifica relativa alle politiche di uguaglianza e al contrasto delle discriminazioni basate su orientamento sessuale e identità di genere (Report ILGA-Europe, Rainbow Map & Index, 2025).

Inoltre, il Report sull'OmoBiTransfobia di Arcigay (2025), evidenzia un aumento esponenziale di episodi di violenza e crimini d'odio in Italia, con un'incidenza particolarmente grave sulla popolazione più giovane. Questa tendenza è confermata dai dati del servizio Gay Help Line (Gay Center di Roma), che sottolineano come l'utenza che richiede aiuto esperisca in modo reiterato episodi di violenza fisica e verbale, aggressioni e varie forme di rifiuto in ambito familiare, sociale e lavorativo. Tali esperienze non rappresentano, infatti, eventi isolati, ma sono soltanto la punta di un iceberg la cui massa sommersa è costituita anche da forme più attuali e moderne di discriminazione: le microaggressioni. Queste ultime sono espressioni verbali, atteggiamenti e comportamenti, intenzionali o non intenzionali,

che comunicano messaggi ostili, dispregiativi, negativi, offese e insulti verso membri di gruppi sociali oppressi/marginalizzati (Nadal, 2010). Il prefisso micro non descrive la qualità, né l'impatto di queste aggressioni, piuttosto il modo subdolo in cui questo tipo di discriminazione avviene, rendendo le microaggressioni difficili da riconoscere, identificare e dimostrare.

In un contesto socio-politico a vari livelli discriminante e più o meno esplicitamente ostile, le persone LGBTQ+ si trovano a sperimentare una forma particolare di stress, che è stato studiato dalla letteratura scientifica psicologica e denominato come **minority stress**. Esso rappresenta una condizione di stress cronico e cumulativo che le persone LGBTQ+ vivono, in conseguenza dell'esposizione costante a stigma, pregiudizi e omolesbobitansfobia interiorizzata (Meyer, 2003; Lingiardi, Nardelli, Speranza, 2023). La letteratura scientifica riconosce ormai stabilmente che tale condizione aumenta significativamente il rischio di sviluppare sintomatologie ansioso-depressive, gravi difficoltà relazionali, condotte a rischio e ideazione suicidaria, specialmente laddove manchi un accesso facilitato a servizi competenti e un supporto specialistico adeguato.

In questo scenario di fragilità sociale e clinica,

lo sportello d'ascolto psicologico **LGBTQ+ Help Center**, promosso dall'Associazione di Promozione Sociale "**Culture e Identità Plurali (C.I.P)**" a Catania, rappresenta da oltre dieci anni un presidio di riferimento ininterrotto per la prevenzione e la tutela della salute biopsicosociale a livello territoriale.

Lo sportello nasce, nel 2015, da un concreto bisogno emergente dalle stesse realtà associative del territorio e dalle domande di tant3 giovan3 che allora esprimevano dubbi e difficoltà sui servizi a cui rivolgersi per ricevere supporto psicologico. Abbiamo sempre pensato questo sportello come un servizio accessibile e aperto; nel tempo si è stabilizzato come un servizio a media soglia, in quanto gratuito per l'utenza e accessibile tramite appuntamento, con l'obiettivo di offrire accoglienza, orientamento e sostegno psicologico, rivolgendosi non solo alle persone LGBTQ+ (lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer/questioning etc.), ma anche alle loro famiglie e a tutte le persone che, per vari motivi, sperimentano dubbi, difficoltà o disagio legati all'identità di genere, sessuale ed affettiva propria o di persone vicine. Inoltre, negli ultimi anni il servizio è diventato punto di riferimento per il territorio anche per la consulenza, la formazione e la supervisione a professionisti, enti e organizzazioni del territorio.

Nel triennio 2023-2025, il servizio ha gestito oltre 80 richieste di vario tipo, confermando un bisogno costante e diversificato nel territorio catanese di accesso a servizi dedicati a persone LGBTQ+. L'area di Catania, con i suoi 58 comuni che costituiscono l'ampio hinterland e circa

un milione di abitanti, presenta una domanda complessa e diversificata che lo sportello intercetta fungendo, talvolta, anche da ponte verso una presa in carico globale, indirizzando ai canali e servizi adeguati e collaborando a stretto contatto con una rete di realtà storiche come Arcigay Catania, LHIVE Diritti e Prevenzione, il Centro Antiviolenza Thamaia, Stonewall GLBT, Famiglie Arcobaleno, GenderLens.

Il servizio si è trovato nel tempo a svolgere una funzione di **hub** per gestire la variabilità delle richieste, che spaziano dal primo orientamento informativo a percorsi clinici più prolungati, garantendo un intervento integrato e rispettoso dei bisogni individuali di ogni utente, in ottica di salute integrata e supporto bio-psico-sociale. Spesso, negli anni, ha colmato, almeno parzialmente, quel vuoto istituzionale che tutt'ora non sempre garantisce la presenza di servizi adeguati e/o capaci di rispondere pienamente al numero e alla tipologia di richieste di questa specifica utenza.

Dal punto di vista metodologico, l'impianto clinico dello sportello si fonda sull'Approccio Affermativo (Maylon, 1982), un paradigma clinico che si distacca da modelli neutrali o patologizzanti per adottare una posizione di validazione delle identità non eterosessuali e non cisgender. Questo modello è basato innanzitutto su un'epistemologia non patologizzante degli orientamenti sessuali e affettive e delle identità di genere, sul presupposto che qualsiasi identità e soggettività sia di per sé sana e valida. L'approccio utilizza una metodologia orientata ad un ascolto libero dal pregiudizio, evitando

modalità prescrittive e volte ad orientare lo sviluppo dell'identità, con il fine di validare e affermare il valore e la liceità di qualunque scoperta l'individuo compia sulla propria struttura affettiva e identitaria (Rigliano, Ferrari, Cilberto, 2012). L'intervento affermativo si focalizza sulla decostruzione degli effetti del pregiudizio sociale, aiutando l'utente a riconoscere lo stigma sociale e ad elaborare l'interiorizzazione di questo stigma e i vissuti di vergogna e colpa strettamente connessi. In questo senso, il supporto psicologico diventa uno strumento per sviluppare consapevolezza di sé e favorire l'autodeterminazione, consentendo l'espressione e l'elaborazione di possibili vissuti di rabbia, legata ad esperienze di discriminazione, diretta ed indiretta, e incoraggiando la creazione di reti relazionali supportive all'interno della comunità. Tale cornice teorica è supportata dalle evidenze delle organizzazioni scientifiche internazionali che definiscono le omosessualità come "varianti normali della sessualità umana" e l'incongruenza di genere come "una condizione di salute sessuale" e non un disordine mentale (APA, OMS).

Dall'analisi dei dati dell'ultimo triennio, si conferma l'applicabilità del modello e la natura intersezionale dell'utenza: la fascia predominante è composta da giovani adulti tra i 19 e i 35 anni (45%), ma è significativo l'incremento di richieste provenienti da adolescenti e dai loro genitori (15%), sintomo di una necessità di supporto alle famiglie sempre più presente. Le problematiche trattate sono molteplici: l'affermazione di genere e l'esplorazione del non-binarismo rappresentano il 38% dei casi, seguite dal supporto alla sfera relazionale e familiare (25%) — dove emerge

il ruolo cruciale delle madri nel sostenere i percorsi dei figli — e dal benessere psicologico generale (22%), spesso compromesso da traumi e isolamento. Un dato particolarmente rilevante riguarda l'evoluzione dei motivi del contatto: se nel 2023 le richieste erano prevalentemente informative, nel 2024 e 2025 si è assistito a una crescita della domanda di percorsi psicologici più strutturati e di interventi legati al "doppio stigma", come nel caso di utenti migranti o richiedenti asilo che necessitano di supporto per la protezione internazionale.

Nonostante gli esiti positivi, in termini di impatto sul benessere con la maggior parte degli utenti, che riporta un aumento del benessere generale, dell'autonomia e una riduzione dell'ansia dopo cicli di 6-12 incontri, l'esperienza dell'LGBT+ help center mette in luce alcune criticità strutturali legate alla sostenibilità del progetto. La gestione di una domanda così complessa richiede un impegno che va, spesso oltre l'attività clinica diretta, includendo il monitoraggio costante della linea telefonica e del servizio, la supervisione e formazione di volontari³, la raccolta e analisi dei dati e la mediazione linguistico-culturale. Attualmente, la risposta a queste necessità poggia su un massiccio apporto di lavoro volontario associativo e su contributi e risorse non sufficienti. Per questi motivi, l'associazione sta lavorando per consolidare un lavoro di rete per evitare che gli interventi rimangano confinati a una dimensione emergenziale e frammentaria. Il coordinamento inter-associativo promosso da C.I.P., e intensificatosi negli ultimi anni, mira a costruire una "cornice di senso condivisa" tra i vari attori territoriali, dai servizi sanitari pubblici,

come l'Ambulatorio Disforia di Genere del PTA San Giorgio (Asp 3 Catania), alle realtà legali come Rete Lenford – Avvocatura per i diritti LGBTI.

Pensiamo che sia necessaria una progettazione congiunta e a lungo termine che impieghi risorse dedicate alla strutturazione della rete, in modo che sarà possibile garantire interventi non frammentati e realmente capaci di contrastare gli effetti del minority stress e delle discriminazioni sistemiche, promuovendo una cultura dell'inclusione che sia radicata e duratura nel tessuto sociale catanese.

L'attività dello sportello LGBTQ+ Help.Center non rappresenta solo un servizio di supporto individuale, ma un atto di responsabilità collettiva verso una popolazione ancora troppo spesso invisibilizzata marginalizzata o resa visibile in maniera distorta a causa di strumentalizzazioni legate a posizionamenti ideologici che poco hanno a che vedere con la salute e la prevenzione per questa fascia di popolazione e della collettività nel suo insieme.

L'esperienza del nostro servizio consente di evidenziare che una presa in carico affermativa, integrata in una rete territoriale competente, può trasformare radicalmente la traiettoria di vita delle persone LGBTQ+, riducendo i fattori di rischio e potenziando i fattori protettivi e di resilienza.

È bene, infatti, ricordare con altrettanta solidità, che, nonostante le possibili difficoltà, molte persone LGBTQ+ vivono vite piene, felici e significative. Tra i fattori protettivi che risultano determinanti per andare in questa direzione, è

possibile evidenziare: il sostegno familiare e tra pari, la rappresentatività positiva nei media e nella scuola, la presenza di spazi sicuri e inclusivi (Ryan et al., 2010; Poteat et al., 2013).

Per questa ragione, un intervento realmente efficace, orientato a una concreta prevenzione e promozione della salute e del benessere nel lungo termine, non può che implicare un intervento sul contesto e sui contesti di riferimento, in primis, oltre che sulla singola persona, in un'ottica integrata e multilivello. In linea con tali presupposti, l'associazione è, infatti, impegnata anche nella sensibilizzazione rivolta al territorio, alla collettività, alle famiglie, alle associazioni, alle scuole etc., ma che, chiaramente, non può rispondere in maniera piena e sufficiente ad un bisogno psico-sociale così ampio, strutturato e trasversale, soprattutto se queste iniziative di educazione e sensibilizzazione non sono supportate adeguatamente dalle istituzioni.

Per il futuro, l'obiettivo rimane quello di garantire la sostenibilità di questo progetto, portato avanti negli anni prevalentemente grazie a risorse di volontariato, insieme al sostegno dei fondi Otto per Mille della Chiesa Valdese e grazie al prezioso lavoro di rete con associazioni storiche del territorio, tra queste in particolare l'associazione Lhive Diritti e Prevenzione, che da anni mette a disposizione i propri spazi per garantire la presenza permanente del servizio. Ci si auspica, infatti, che lo sportello possa continuare ad essere un luogo sicuro di ascolto e un motore di cambiamento culturale e un ponte essenziale verso la piena cittadinanza e il benessere psicofisico di ogni individuo, indipendentemente

dal proprio orientamento sessuale o identità di genere.

Bibliografia

Lingiardi, V., & Nardelli, N. (2023). Negative attitudes to lesbian women and gay men: Persecutors and victims. In G. Corona, E. A. Jannini, & M. Maggi (Eds.), *Emotional, physical and sexual abuse: Impact on individuals, couples, children and minorities* (pp. 233–250). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-47892-5_16

Maylon, A 1982, 'Psychotherapeutic implications of internalized homophobia', in JC Gonsiorek (ed.), *Homosexuality and Psychotherapy: A Handbook of Affirmative Models*, Haworth, New York

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697

Nadal K.L., Johnston M.P. (2010), "Multiracial microaggressions: Exposing monoracism in everyday life and clinical practice", in D.W.Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 123–144). John Wiley & Sons Inc

Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Soc Sci Med*. 2013 May;84:22-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.019. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23517700

Report ILGA-Europe, Rainbow Map & Index, 2025: <https://rainbowmap.ilga-europe.org/#:~:text=2025%20rainbow%20>

[map&text=The%20UK%20has%20dropped%20six,of%20democratic%20protections%20across%20Europe](https://rainbowmap.ilga-europe.org/#:~:text=The%20UK%20has%20dropped%20six,of%20democratic%20protections%20across%20Europe)

Report sull'OmoBiTransfobia di Arcigay, 2025: <https://www.arcigay.it/comunicati/omolesbobitransfobia-110-storie-nel-report-2025-di-arcigay-piazzoni-dilaga-il-branco-speso-di-ispirazione-ideologica-meloni-vari-un-piano-contro-lestremismo-organizzato-di-destra/>

Rigliano, Ciliberto & Ferrari (2012). *Curare i Gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Milano: Raffaello Cortina;

Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2010 Nov;23(4):205-13. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x. PMID: 21073595;

Esperienze progettuali

Sessualità e affettività come dimensioni cliniche e preventive nei contesti scolastici: evidenze dal lavoro psicologico tra osservazione, intervento e restituzione dei dati

di **Federica Li Greci**

Nel contesto contemporaneo, la sessualità e l'affettività rappresentano ambiti centrali dello sviluppo psicologico in età evolutiva e costituiscono dimensioni trasversali che attraversano il funzionamento emotivo, relazionale e identitario degli adolescenti. Tali dimensioni, lungi dall'essere riconducibili esclusivamente a comportamenti o scelte individuali, assumono una rilevanza clinica significativa in quanto indicatori sensibili di benessere o disagio psicologico.

Nei contesti scolastici, esse emergono frequentemente in forma indiretta, attraverso difficoltà relazionali e/o comportamentali, vissuti di insicurezza, **confusione identitaria** e problematiche legate alla regolazione emotiva.

In questo scenario, la psicologia è chiamata a svolgere un ruolo fondamentale non solo in termini di presa in carico del disagio, ma soprattutto nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria: l'intervento psicologico in ambito scolastico consente infatti di intercettare precocemente segnali di vulnerabilità, promuovendo al contempo competenze emotive

e relazionali funzionali allo sviluppo della persona.

La mia esperienza professionale come psicologa e Coordinatrice regionale del Progetto Prevenzione Scuola di Progetto Itaca Palermo ODV si inserisce all'interno di questa cornice teorico-clinica: il progetto si configura infatti come un intervento strutturato di **promozione della salute mentale nelle scuole**, attraverso percorsi che integrano osservazione clinica, educazione emotiva e lavoro di rete con le istituzioni scolastiche e il territorio.

In tale contesto, i temi della sessualità e dell'affettività vengono affrontati spesso durante gli interventi, strettamente connessi ai processi di costruzione dell'identità, alle rappresentazioni relazionali e ai modelli di attaccamento.

In questo ambito, l'impiego di piattaforme interattive come mentimeter.com consente di **raccogliere dati in tempo reale**, offrendo una rappresentazione immediata delle percezioni, delle emozioni e delle credenze condivise all'interno del gruppo classe.

Ad esempio, in una fase degli interventi, agli studenti viene proposta una domanda esplorativa

relativa alla rappresentazione dell'affettività, quale: "quali emozioni associ a una relazione affettiva?".

Le risposte raccolte, restituite sotto forma di grafici, mostrano con frequenza una prevalenza di emozioni ambivalenti, come ansia, paura, confusione, ma anche emozioni quali fiducia, sicurezza e reciprocità.

Un'ulteriore area di indagine riguarda il tema del consenso e dei confini relazionali, elementi centrali nella prevenzione delle dinamiche di dipendenza affettiva e di violenza psicologica. Alla domanda "Ti senti libero/a di esprimere un rifiuto all'interno di una relazione?", le risposte evidenziano frequentemente una percentuale significativa di studenti che dichiarano incertezza o difficoltà nel porre limiti.

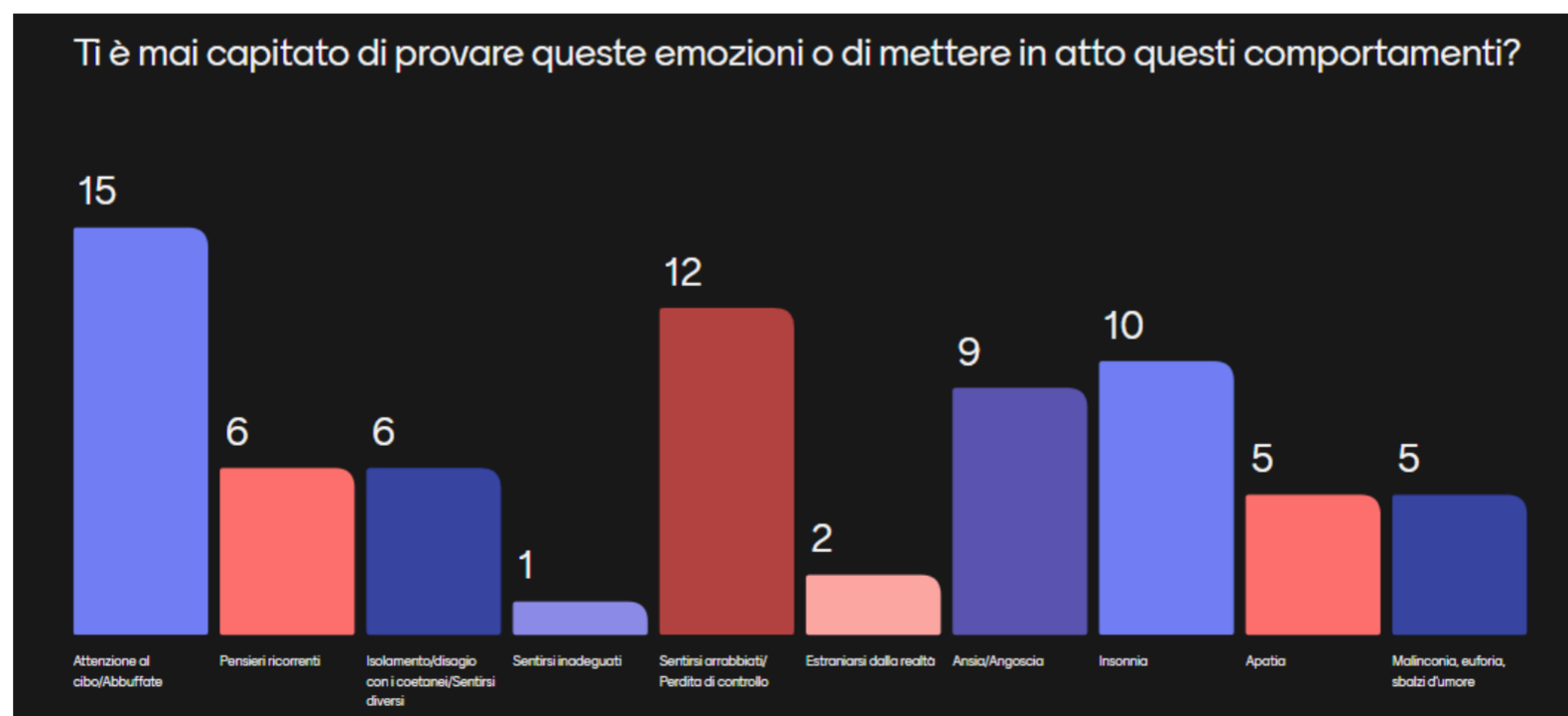
Questi dati appaiono coerenti con una fase evolutiva caratterizzata da elevata vulnerabilità,

in cui le dimensioni affettive e relazionali giocano un ruolo centrale nel modulare il benessere psicologico complessivo.

Particolarmente significativa è inoltre la presenza di vissuti di isolamento, disagio relazionale e percezioni di inadeguatezza, che rimandano a fragilità nei modelli di attaccamento e nella costruzione dell'identità personale e sociale.

Dal punto di vista clinico-preventivo, tali risultati rafforzano la necessità di interventi psicologici strutturati in ambito scolastico, finalizzati a promuovere competenze di consapevolezza emotiva, regolazione affettiva e costruzione di relazioni sane e rispettose.

In quest'ottica, i dati raccolti non rappresentano soltanto una fotografia del disagio, ma costituiscono uno strumento fondamentale per orientare interventi preventivi mirati, sottolineando l'urgenza di creare spazi di ascolto e riflessione sui temi della sessualità e dell'affettività, quali dimensioni centrali del benessere psicologico degli adolescenti.



Ma voi cosa fate quando state male?

	dormo mangio	piango o dormo
mi isolo	piango	dormire
Dormo	dormire	
	dormo	Dormo
		dormo

Ma voi cosa fate quando state male?

		mi chiudo in me stesso e cerco di non far vedere all'esterno cosa sto provando all'interno
Mi chiudo in me e penso tutto il tempo in negativo e cerco di trovare una soluzione ma subito mi scoraggio		
		Scoppio a piangere e rompo oggetti

Ma voi cosa fate quando state male?

	mi isolo	sto zitto
mi chiudo a casa		Non parlo con nessuno
mi isolo		
	Mi isolo	

Un ulteriore elemento di rilievo clinico emerge dall'analisi delle risposte fornite dagli studenti alla domanda relativa alle modalità di gestione del disagio emotivo: le risposte più ricorrenti, quali "dormo", "mi isolo", "sto zitto", "non parlo con nessuno" e "mi chiudo a casa", delineano un **pattern di coping prevalentemente evitante** e di ritiro relazionale.

Tali strategie, sebbene possano svolgere una funzione temporanea di contenimento dell'attivazione emotiva, risultano disfunzionali nel lungo periodo, in quanto ostacolano l'elaborazione del vissuto emotivo e la richiesta di supporto.

In adolescenza, tali modalità di risposta al disagio assumono una particolare rilevanza, in quanto interferiscono con processi evolutivi fondamentali, quali la costruzione dell'identità, lo sviluppo dell'autonomia emotiva e la definizione di relazioni affettive significative.

Questo dato appare coerente con quanto emerso nelle precedenti rilevazioni, evidenziando una difficoltà diffusa nell'utilizzo di strategie di coping attive e orientate alla comunicazione emotiva.

La restituzione dei dati al gruppo classe in tempo reale rappresenta un momento di particolare rilevanza clinica: la visualizzazione condivisa delle risposte, infatti, consente agli studenti di riconoscere la dimensione collettiva dei vissuti riportati, favorendo processi di normalizzazione e mentalizzazione.

Dal punto di vista dell'intervento psicologico, il **dato** diventa così uno strumento per facilitare l'elaborazione qualitativa, stimolando una

riflessione guidata sulle dinamiche emotive e relazionali sottostanti.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda la relazione tra difficoltà affettive e fenomeni di bullismo e cyberbullismo: i dati emersi nel corso degli interventi mostrano una correlazione significativa tra vissuti di insicurezza relazionale e comportamenti aggressivi o svalutanti, agiti sia nei contesti scolastici che negli ambienti digitali.

L'assenza di competenze emotive e relazionali adeguate si configura come un fattore di rischio rilevante, che può tradursi in modalità disfunzionali di gestione delle relazioni e dei conflitti.

Alla luce delle evidenze emerse dal lavoro sul campo, risulta evidente come affrontare in modo strutturato e clinicamente orientato i temi della sessualità e dell'affettività con le giovani generazioni non rappresenti un'opzione accessoria, bensì una necessità educativa e preventiva, intercettando **precocemente** segnali di disagio e di promuovere il benessere psicologico degli studenti nel **lungo termine**.

L'adolescenza costituisce una fase cruciale per la **costruzione dell'identità**, delle rappresentazioni relazionali e delle modalità di regolazione emotiva; in tale fase, l'assenza di spazi di riflessione guidata espone i giovani al rischio di interiorizzare modelli disfunzionali, spesso veicolati da contesti informali o digitali privi di mediazione critica.

Investire in percorsi di prevenzione rivolti ai giovani significa investire nella salute mentale collettiva, costruendo le basi per relazioni più consapevoli, rispettose e sane nel lungo termine, e per la promozione del benessere e per la tutela dello sviluppo psicologico delle nuove generazioni.

Riflessioni

Costruire l'affettività: ethos, eros e pathos come dimensioni della competenza emotiva

di Salvatore Nicosia

Quando parliamo di **ethos, eros e pathos**, in interazione fra di loro, ci rifacciamo a una dimensione di inconscio – per così dire – spirituale che si esprime innanzitutto come **ethos** ovvero la dimensione morale, poi come **eros** ovvero l'intuizione d'amore e infine come **pathos**, cioè quella dimensione di creatività estetica, caratterizzata dal senso del bello e del puro stupore (Nicosia, 2025).

Nella pratica clinica emerge frequentemente come queste tre dimensioni non si presentino in modo armonico, ma spesso frammentato. L'esperienza terapeutica mostra soggetti con una forte strutturazione morale, ma con un eros inibito o confuso, oppure con un pathos espresso in modo caotico, privo di una reale integrazione affettiva.

Ogni soggetto vive questa triade, in una continua ricerca di armonia omeostatica. Da un lato, vi è la coscienza morale che mira innanzitutto ad un individualismo concreto, dall'altro lato vi è l'amore ovvero una spinta motivazionale che ci spinge verso un Tu, aprendosi a molteplici possibilità. L'**eros**, in questo contesto, consiste in una scelta d'amore per nulla impulsiva, anzi che ha quasi un sapore di logica e di scelta consapevole. Tale consapevolezza a sua volta si interfaccia con lo

stupore ovvero uno slancio di libera espressione creativa.

Quando però queste tre dimensioni perdono il loro normale bilanciamento, qualcosa inizia ad incrinarsi nella psiche umana e, di conseguenza, nelle relazioni interpersonali. Nel lavoro clinico, tale squilibrio si manifesta spesso attraverso difficoltà relazionali persistenti, vissuti di colpa non elaborati o una gestione disfunzionale del desiderio, che il soggetto fatica a riconoscere e a simbolizzare.

La competenza affettiva

Quando parliamo di competenza, ci riferiamo generalmente ad abilità, capacità intellettuali e conoscenze, nozioni che sembrano entrare in tensione con l'intera gamma delle emozioni. Ancora oggi, infatti, è diffusa l'idea che le emozioni siano delle semplici attività intrapsichiche, talvolta irrazionali e quindi lungi dal ritenere necessario acquisire una qualsivoglia competenza nell'ambito dello spettro emotivo e relazionale.

Nella pratica psicologica si osserva come questa separazione tra competenza e mondo emotivo sia ancora fortemente interiorizzata

da molti pazienti, i quali faticano a riconoscere le emozioni come un ambito che possa essere appreso, elaborato e trasformato nel tempo. È invece necessario sottolineare come le emozioni presentino una struttura complessa, caratterizzata da componenti fisiologiche, espressivo-motorie, motivazionali, soggettivo-esperienziali e cognitive.

Carolyn Saarni, nel prologo al suo scritto *The development of emotional competence* del 1999, asserisce che, la competenza affettiva è solamente in apparenza "diretta e semplice", ma in realtà risulta essere piuttosto complessa, in quanto implica una serie di variabili che sono alla base della competenza stessa, quali: competenza, resilienza, autoefficacia.

La competenza affettiva si intreccia inevitabilmente con l'intero spettro relazionale che caratterizza il nostro vissuto e con la personale capacità di saper rielaborare internamente tali relazioni. L'intrecciarsi di tali differenti dimensioni rende lo sviluppo della competenza affettiva spiegabile non solo in rapporto alle relazioni con altri, ma anche a una capacità e possibilità di elaborare internamente quanto di emotivamente saliente si sperimenta nelle relazioni quotidiane (Corsano e Cigala, 2004).

In ambito clinico, tale competenza non appare mai come un dato acquisito una volta per tutte, ma come un processo spesso fragile o interrotto, segnato da esperienze relazionali precoci non sufficientemente integrate, che riemergono nelle relazioni attuali sotto forma di dipendenza,

evitamento o confusione affettiva.

Possiamo quindi sinteticamente definire la competenza affettiva come la capacità di saper affrontare un ambiente carico di sfide, in modo da saper trarre da esso vantaggi ai fini di una crescita personale. Così facendo, la competenza affettiva diviene nient'altro che un insieme di abilità collegate al mondo emotivo che consentono all'individuo di stare nelle relazioni in modo sufficientemente stabile e responsabile, senza rinunciare alla complessità dei legami (Nicosia, 2025).

Competenza emotiva e competenza affettiva

Spesso la competenza affettiva viene confusa con la competenza emotiva. Le due dimensioni sono strettamente collegate, ma non coincidono. La competenza emotiva riguarda la capacità di riconoscere, comprendere, esprimere e regolare le emozioni, proprie e altrui. Essa include la capacità di riconoscere ciò che si prova, l'abilità di dare un nome alle emozioni, e di comprenderne l'origine e la funzione, di regolarsi in modo adeguato, e di saper leggere le emozioni degli altri.

La competenza affettiva, invece, concerne primariamente la capacità di vivere, costruire e mantenere legami significativi, integrando emozioni, desideri, bisogni e valori. Essa implica la capacità di entrare in relazione in modo maturo, di gestire l'attaccamento, la distanza e la dipendenza, di integrare affettività, corporeità e responsabilità, fino alla possibilità di amare senza possedere o annullarsi. Sul piano clinico,

questo scarto è particolarmente evidente: non di rado il soggetto sa parlare delle proprie emozioni, ma fatica a tradurle in relazioni stabili, coerenti e durature (Corsano e Cigala, 2004).

Modelli teorici e riscontro clinico

I modelli teorici sulla competenza emotiva e affettiva trovano un riscontro significativo nella pratica clinica, dove tali dimensioni non emergono come abilità isolate, ma come sistemi interdipendenti che si rafforzano o si ostacolano reciprocamente (Denham, 1998).

Saarni (1999) elenca otto punti essenziali che stanno alla base della struttura della competenza affettiva ed emotiva:

1. Cognizione dei propri stati emotivi;
2. Abilità nel sapere riconoscere le emozioni altrui;
3. Padronanza del lessico emozionale;
4. Empatia;
5. Espressione emotiva interna ed esterna, e impatto che essa può avere all'interno delle relazioni;
6. Coping e misure adattive in situazioni di dolore;
7. Legame tra struttura relazionale e capacità di esprimere le proprie emozioni all'interno di esse;
8. Capacità di autoefficacia emotiva, ovvero l'accettazione del proprio vissuto emotivo, in tutte le sue variabili.

Nella pratica clinica, queste dimensioni appaiono spesso sbilanciate, con una prevalenza dell'espressione o, al contrario, della regolazione

difensiva, a scapito di una reale integrazione affettiva. In conclusione, alla luce di quanto emerso, la competenza affettiva può essere intesa non come un insieme di abilità tecniche, ma come un processo dinamico di integrazione tra ethos, eros e pathos. La psicologia, nei contesti scolastici, clinici e sociali, è chiamata ad accompagnare tale processo, aiutando il soggetto a riconoscere, abitare e simbolizzare il proprio mondo affettivo, affinché la sessualità e le relazioni possano diventare luoghi di senso, e non soltanto di conflitto o di controllo.

Bibliografia

Corsano P – Cigala A. (2004), *So-stare in solitudine. Tra competenza emotiva e competenza sociale*, The McGraw-Hill Companies, Milano.

Denham S. A. (1998), *Emotional development in young children*, The Guilford press, New York.

Nicosia, S. (2025), *Psicopatologia del Clero. Tra solitudine e maturità emotiva*, San Paolo Edizioni, Milano.

Saarni C. (1999), *The development of emotional competence*, The Guilford press, New York.

Esperienze cliniche

La presa in carico psicologico-clinica di adolescenti con disforia di genere

di Giuseppe Marullo e Roberta Cosentino

Negli ultimi anni, la Disforia di Genere (DG) in adolescenza rappresenta una pregnante tematica di crescente interesse che attiva controversie e dibattiti in ambito clinico, sociale e politico.

Pur trattandosi di un fenomeno difficile da stimare numericamente, risulta evidente un progressivo incremento, negli anni, delle persone che si rivolgono ai servizi per avviare un percorso di affermazione di genere.

Non è chiaro se tale incremento sia espressione di un reale cambiamento socio-culturale, dato anche dalla diffusione, dall'attenzione e dalla visibilità dei social media cui i giovani sono sicuramente soggetti, o se sia invece il risultato della maggiore facilità con cui queste persone fanno "coming out" come transgender, grazie alla maggiore accettazione, in alcuni contesti sociali, alla tendente de-patologizzazione del fenomeno e alla crescente consapevolezza rispetto alle varie opzioni e procedure terapeutiche.

Attraverso questo articolo si vuole rimarcare l'importanza di promuovere una cultura inclusiva e non discriminante, valorizzando il ruolo cruciale degli operatori sanitari nell'affrontare e sostenere queste delicate questioni.

In sintonia con il Codice Deontologico degli psicologi italiani, si vuole contribuire allo sviluppo di una cultura a tutela del diritto fondamentale

della dignità e del valore di tutte le persone e per la promozione della libertà, dell'autonomia e del benessere psicologico, nel rispetto della soggettività di ciascuna persona, gruppo o comunità (Codice Deontologico degli Psicologi italiani – Legge 56/89).

Nel corso del tempo sono stati tentati vari approcci volti a cercare di modificare l'identità di genere esperita e l'espressione di genere delle persone transgender, con interventi volti a renderle più "congrue" al sesso assegnato alla nascita, approcci che si sono rivelati inefficaci e associati a un aumento del malessere psicologico e della sintomatologia ansiosa e depressiva. (A cura del Gruppo di Lavoro per i Diritti delle Persone LGBTI+ dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia 2024).

L'identità di genere dell'individuo generalmente si sviluppa in modo coerente con il sesso assegnato alla nascita, ma non sempre questo avviene: alcune persone possono esperire un disallineamento tra il sesso biologico assegnato loro alla nascita e la percezione di sé (Incongruenza di Genere), il malessere legato all'esperienza di incongruenza e alle conseguenze intime e sociali connesse, come stigma e discriminazione, si identifica come Disforia di Genere.

La categoria diagnostica "Disforia di Genere"

viene introdotta nella più recente edizione del DSM-5 (2014), dato che segna il passaggio dalla diagnosi di "Disturbo dell'Identità di Genere" a quella di "Disforia di Genere" (processo di de-patologizzazione dell'incongruenza di genere).

L'UOS psicopatologia dell'adolescenza dell'ASP di Catania si occupa di incongruenza di genere in età adolescenziale ed accoglie famiglie e adolescenti inviati da operatori sanitari del distretto di Catania. La presa in carico da parte dell'équipe di questa Unità Operativa (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Assistente Sociale) prevede varie fasi in un arco temporale che va da sei mesi a circa un anno. Il progetto di presa in carico proposto dagli operatori ha la doppia valenza diagnostica e terapeutico-supportiva e necessita di tale dimensione temporale al fine di soddisfare le esigenze di tutela del/la giovane che desidera fare un percorso di affermazione di genere.

La fase valutativa è finalizzata ad approfondire il funzionamento generale dell'adolescente dal punto di vista psicologico, dello sviluppo dell'identità di genere e la presenza/assenza di psicopatologie.

La WPATH (World Professional Association for Transgender Health), negli Standards of Care versione 8 (SOC-8, Coleman et al., 2022), affronta il tema della salute mentale, stabilendo che la presenza di psicopatologie non deve rappresentare una barriera per l'accesso ai trattamenti di affermazione di genere e chiarendo che il requisito non è l'assenza di disturbi mentali, ma la loro stabilità (ibidem).

Le persone transgender hanno tassi più elevati di ansia e depressione a causa del minority stress (stigma e discriminazione), pertanto, negare il trattamento a causa di questi sintomi

creerebbe un paradosso clinico. Secondo le linee guida, infatti, il trattamento ormonale può essere iniziato se i problemi di salute mentale sono "ragionevolmente ben controllati" (ibidem). In quest'ottica, il ruolo dei professionisti della salute mentale nella SOC-8 è cambiato: da "controllore" (gatekeeper) ad alleato nel supporto.

Relativamente alla discussione dei modelli di approccio dell'adolescente con disforia di genere emergono numerose controversie, spesso impregnate di posizioni ideologiche e morali, che tuttavia, non dovrebbero interferire con l'ambito specificatamente clinico.

Nel lavoro clinico si lavora utilizzando delle mappe per orientarsi nel territorio. Le teorie, come affermano Fiora, Pedrabissi e Salvini (1988), rappresentano pertanto degli strumenti per orientarci nella realtà che andremo ad osservare; di conseguenza l'atteggiamento dell'osservatore/clinico dovrebbe non assolutizzare il modello o l'ipotesi di rilevazione. I modelli, per la loro stessa qualità ipotetica, sono incompleti e provvisori, servono semplicemente come guide per il pensiero.

La fase adolescenziale investe molteplici dimensioni di cambiamento che si riflettono in ogni aspetto del "sentire" e dell' "agire"; rappresenta un momento complesso nella vita di un individuo, governato dalla confusione e dal caos come perdita di equilibrio caratterizzato, inoltre, da elementi fondamentali quali il rapporto con il corpo e il bisogno di autoaffermazione (Fabbrini & Melucci, 2000).

Da qui la necessità di leggere gli eventi umani e pertanto anche la DG come agire intenzionale, non in senso ontologico, riferendoli ad una

presunta oggettività, ma in senso storico-ermeneutico, cioè di comprensione dei significati a partire da una totalità a cui riferirli.

Considerando il campo percettivo di ogni individuo organizzato e strutturato in termini di "Figura/Sfondo", possiamo affermare che il bisogno dominante dell'organismo, in qualunque momento, diventa la figura di primo piano e gli altri bisogni recedono, almeno temporaneamente, nello sfondo (Perls et al., 1971).

In tal senso, l'adolescente arriva presso il servizio con una sua specifica richiesta di sentirsi nel corpo sbagliato, fonte di rifiuto e negazione, di provare sentimenti di disagio in ogni situazione della sua quotidianità e di voler affermare un'identità di genere diversa da quella data alla nascita. Percepire una profonda incongruenza tra il proprio corpo ed il proprio vissuto di genere crea nell'adolescente una sofferenza inenarrabile. Il/la giovane non riesce a dare un senso né al proprio sconforto né alla propria vita; sente di esistere e allo stesso tempo sente negato dagli altri il suo diritto ad "esserci" così com'è. Rimane allora isolato, quasi come spettatore del mondo sino a quando non chiede aiuto ai servizi sanitari per avere, in questa fase, un riconoscimento del suo malessere e dell'identità esperita.

Rientra nello specifico dell'équipe ascoltare/accogliere questo disagio e vista la peculiare fase del ciclo di vita, valutare ed approfondire insieme alla persona interessata il "now for next", per dirla con le parole di Margherita Spagnuolo Lobb (2011). Così come previsto dagli standard di cura (SOC8), la presa in carico deve prevedere un approfondimento diagnostico, relativamente all'incongruenza di genere, ma anche eventuali comorbilità. Le evidenze empiriche indicano

che gli adolescenti transgender sono a maggior rischio di difficoltà di salute mentale, spesso legate al rifiuto della famiglia, ad ambienti sociali ostili, dove non viene riconosciuta la loro identità. In letteratura si osserva un'associazione tra la diagnosi di DG e quella di disturbi psicologici di diversa natura, tra i quali ansia, depressione, disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. L'esperienza clinica con gli adolescenti ci spinge ad effettuare una specifica diagnosi differenziale tra un dismorfismo corporeo, in cui spesso è presente una distorsione cognitiva o una preoccupazione ossessiva (ove la persona vede un qualche difetto oggettivamente insignificante come una grave malformazione) e la DG, ove invece si rileva un disallineamento identitario ed una percezione realistica delle proprie caratteristiche fisiche che vive come estranee o errate.

Nel disturbo da dismorfismo corporeo o dismorfofobia la persona mira a "correggere" un difetto specifico; tuttavia, a differenza della disforia, i trattamenti chirurgici o estetici spesso non risolvono il disagio poiché l'ossessione tende a spostarsi su un'altra parte del corpo o a persistere nonostante il miglioramento oggettivo. Inoltre, una diagnosi di disturbo del comportamento alimentare talvolta sottende un quadro clinico ben più complesso, ove la restrizione alimentare diventa un modo per alleviare l'angoscia legata ad un corpo rifiutato in relazione all'incongruenza di genere.

Un tema ricorrente è l'utilizzo della restrizione alimentare e/o dei comportamenti compensatori quali mezzi efficaci per far sì che il proprio corpo appaia maggiormente conforme al genere a cui si sente di appartenere (in un uomo transgender,

per inibire lo sviluppo del seno e/o per far cessare il ciclo mestruale; in una donna transgender, per far sì che il proprio corpo rispecchi gli ideali stereotipici di bellezza femminile socialmente definiti) (Coelho et al., 2019).

Diverse riviste scientifiche internazionali evidenziano che l'utilizzo di pillole dimagranti e il ricorso a condotte compensatorie, vomito autoindotto e lassativi per prevenire l'aumento del peso, è due volte superiore tra i giovani transgender rispetto a quello registrato tra i coetanei cisgender.

In merito alla complessità del lavoro con adolescenti transgender, le linee guida *Standard of Care* della WPATH (Coleman et. al, 2022) sottolineano come la presa in carico del paziente adolescente che sperimenta incongruenza e/o disforia di genere debba essere graduale e multidisciplinare in quanto necessita di un'attenta valutazione caso per caso.

Relativamente al lavoro presso l'Unità Operativa, nelle prime consultazioni viene proposto al minore e alla famiglia un progetto di presa in carico che tenga in considerazione aspetti di tipo psicologico (sostegno alla famiglia e/o al giovane), ambientale (scuola, agenzie educative), consulenze endocrinologiche presso un servizio dedicato dell'ASP-CT. La presa in carico prevede, pertanto, un percorso multidisciplinare e integrato in fasi successive (psicologico, neuropsichiatrico, endocrinologico) che riguarda gli adolescenti e le loro famiglie.

A tal proposito, il percorso psicologico/psicoterapeutico potrebbe rappresentare un prezioso aiuto per le persone transgender al fine di: chiarire ed esplorare l'identità e il ruolo

di genere; affrontare l'impatto dello stigma sulla propria salute mentale e sul proprio sviluppo; facilitare il processo di coming-out all'interno del contesto familiare e sociale.

Il progetto di presa in carico si può concludere con una relazione psicologico-clinica da presentare all'endocrinologo per intraprendere il percorso di terapia ormonale, oppure, se si ritiene opportuno, potrà proseguire anche nelle fasi successive sino al cambio dei dati anagrafici, producendo, su richiesta dell'interessato/a, la relazione clinica necessaria per il Tribunale per l'acquisizione formale della nuova identità, ai sensi della legge 164/82 ("Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso").

La centralità del corpo nell'adolescente transgender

Quando lo sviluppo procede normalmente, l'adolescente deve confrontarsi con un corpo inquietante-estraneo che minaccia il suo sentimento di integrità e la sua continuità identitaria, determinando, internamente, vissuti di disagio dati dalla fatica di riconoscere se stessi in un corpo che non si riconosce più (Salonia, 2011). Il giovane adolescente si trova a dover affrontare mutamenti corporei rapidi e incontrollabili che influenzano i processi di auto-riconoscimento, interessando sia il mondo interno che quello esterno (Fabbrini & Melucci, 2000). Il nuovo corpo genitale, di uomo o di donna, è inizialmente vissuto come appartenente al sé e allo stesso tempo esterno al sé, in una dimensione di frontiera tra l'"essere" e l'"avere" un corpo. Di centrale importanza, nella

psicoterapia della Gestalt, è la concezione di **"corpo vissuto"**, cioè il passaggio dal "corpo che ho" al "corpo che sono" (Salonia, 2008). Affinché l'adolescente possa sentire di "essere" il corpo che "ha" occorrono tempi piuttosto lunghi. Possiamo affermare che l'adolescente con DG vive un costante ed angoscioso conflitto dovuto al disallineamento tra la maturazione fisica, sul piano estetico, e la maturazione psicologica e cognitiva (Rigobello, L. & Gamba, F., 2016), volto a "nascondersi" dal proprio corpo o a dover esibire un corpo vissuto come "alieno". Quando il corpo è disincarnato, viene vissuto come "ostaggio" e la persona entra in relazione con l'immagine del corpo e non con il corpo (disturbi del comportamento alimentare).

Dall'esperienza maturata in questi anni, abbiamo osservato che nelle persone con incongruenza di genere vi è un transitorio "senso di vuoto" nel vivere in un corpo che non riconoscono, in attesa di un "senso di pienezza" tanto desiderato, di un corpo immaginato, talvolta idealizzato, ma non ancora vissuto.

L'esperienza di non avere il corpo desiderato diviene difficilmente sostenibile e rende complesso il rapporto con se stessi e con il mondo. Il corpo vissuto rimanda alla soggettività e all'espressione del sé, alla coscienza delle sensazioni interne ed esterne: il corpo mi rileva, mi rappresenta, "io ho un corpo" ed "io sono il mio corpo" nelle varie forme in cui posso esprimermi; il corpo mi dà un senso di appartenenza. In questa prospettiva, appare difficile separare o ignorare i profondi legami fra corpo fisico e corpo vissuto: il corpo è un organo senziente ove posso percepire me stesso, il mio corpo con il corpo (Merleau Ponty 1945).

Infine, come sostiene la psicologia fenomenologica, il **Leib** o corpo vissuto è ciò che ci rende presenza, ci consegna al mondo, consentendoci di progettarci in e con esso, diventando così la condizione di possibilità per ogni esperienza e relazione.

L'intervento psicologico con gli adolescenti transgender

Il lavoro in terapia con questi pazienti è molto complesso in quanto l'instabilità e l'ansia di fare un percorso di affermazione di genere molto spesso impediscono allo sfondo relazionale di co-costruirsi. Il lavoro terapeutico, inoltre, può essere ostacolato dall'insoddisfazione del paziente che sente disattesi i propri desideri di risoluzione immediata della propria richiesta, ritardando il raggiungimento dei propri obiettivi. Il terapeuta, per tale motivo, deve provare ad offrire all'adolescente con DG la propria capacità di stare in una relazione in cui l'angoscia è spesso presente, offrendo un luogo sicuro e non giudicante dove poter esplorare la sua identità di genere: l'ascolto e l'accettazione di questi vissuti è basilare se si vuole in qualche modo raggiungere la persona con disforia di genere. Se il terapeuta riesce a contenere e trasformare queste energie, che a volte divengono distruttive, in qualcosa di nuovo e creativo, la relazione avrà la possibilità di costruirsi e il rapporto divenire un modello di contenimento costante.

Il tempo, mentre permette alla relazione di "farsi", la costringe anche a definirsi. Lo scorrere del tempo, infatti, dà alla relazione fondamento (grounding) e configurazione (Salonia,

1992). Tempo e relazione risultano pertanto intrinsecamente connessi dal momento che non esiste una relazione astratta e atemporale.

Come affermano i fondatori della Gestalt Therapy, ogni messaggio si chiarifica in profondità, quando viene collocato all'interno di un movimento, che è il divenire della relazione.

In una relazione psicoterapeutica, il modo migliore per aiutare un individuo non consiste nel dirgli "cosa deve fare", ma nell'aiutarlo a comprendere la sua situazione, a recuperare le proprie risorse assumendosi la responsabilità delle proprie scelte.

Affinché la persona possa comprendere se stessa, il proprio concetto di sé, i propri atteggiamenti e possa acquisire un comportamento autodiretto, è necessario che trovi, nella relazione con lo psicologo, le condizioni che agevolino il suo processo di crescita (clima ed atteggiamenti psicologici positivi).

Quando si parla di "comprensione empatica" del mondo personale dell'adolescente, ci si riferisce alla capacità dello psicologo di "sentire" la realtà sperimentata dall'altro, capire ciò che l'utente sta vivendo cioè nell'adottare il suo schema di riferimento (mondo soggettivo dell'individuo) nel percepire come il giovane vede se stesso ed il mondo o come pensa di essere percepito dagli altri e nel comunicargli questa comprensione empatica (Rogers- Kinget 1970).

Lo psicologo, in definitiva, dovrà mettere in campo quella forza relazionale capace di far "sentire" fino in fondo alla persona come funziona, quali modalità mette in atto per entrare in contatto con gli altri e quale flusso di esperienze blocca; la consapevolezza, in questa

prospettiva, potrebbe essere rappresentata dall'acquisizione della capacità di riuscire a sperimentare in maniera olistica.

L'intervento con i familiari di adolescenti transgender

Il coming-out di un figlio o di una figlia come persona transgender è un'esperienza che spesso i genitori vivono come altamente destabilizzante. Assumendo come ipotesi di fondo che il malessere del figlio/a rappresenta il racconto di un corpo che cambia e rispetto al quale i membri della famiglia faticano a adeguarsi (Salonia, 2010), il percorso di affermazione di genere dell'adolescente con DG non può non prevedere un parallelo percorso di sostegno per i genitori e di accompagnamento verso un cambiamento che coinvolge l'intera rete di rapporti affettivi familiari. Il gruppo genitori come intervento specifico offerto dall'UOS psicopatologia dell'adolescenza nasce da una lettura del bisogno della persona transgender di sentirsi riconosciuta nella sua identità di genere nel proprio contesto più prossimo, la famiglia, la quale spesso esprime un senso di disorientamento, di resistenza e di limitata comprensione per ciò che vive il/la figlio/a.

Molte volte l'adolescente riferisce di aver raggiunto un suo equilibrio nella relazione con il gruppo dei pari o con i compagni di classe, i quali lo riconoscono nella sua identità e lo chiamano con l'alias prescelto; i genitori ed altri familiari invece, spesso, pensano che la scelta dell'alias o la correzione, da parte dell'adolescente, dei pronomi utilizzati dai familiari, sia più un

“capriccio”, liquidando in maniera sbrigativa tale desiderio del figlio/a come inopportuno e pretenzioso.

Il coinvolgimento attivo dei familiari al processo di affermazione del giovane aiuta i genitori a dare significato a ciò che sta accadendo, di conseguenza appaiono più supportivi (Rigobello, L. & Gamba, F., 2016).

Dall'emergere di questi bisogni, rintracciati dal racconto dei giovani pazienti, già dal 2024 viene attivato, in forma sperimentale, un “gruppo genitori” di adolescenti seguiti dagli operatori dell'U.O.S. psicopatologia dell'adolescenza con un conduttore, psicologo-psicoterapeuta, ed una psicologa tirocinante di una scuola di specializzazione in psicoterapia. Si tratta di un gruppo aperto che, nel corso di questi due anni, ha visto la partecipazione di un numero variabile di genitori, da nove a tredici. Attualmente il gruppo ha una cadenza mensile ed ogni incontro ha una durata di un'ora e mezza.

Vista l'adesione/motivazione mostrata dai genitori ed il loro desiderio esplicitato di proseguire il percorso di gruppo, il gruppo genitori rappresenta ormai un intervento permanente. Alcuni di questi sono genitori di giovani che hanno già iniziato la terapia ormonale, mentre altri ragazzi/e dovranno ancora intraprenderla.

Il gruppo dei genitori si configura come gruppo supportivo con un profilo psicoterapeutico in senso lato, collegato alla dimensione grupitale comunicativa e di condivisione, oltre che di prevenzione. La coesione, la fiducia/ empatia tra i partecipanti e verso i conduttori, e ancora, l'informazione e guida, l'accettazione, l'apprendimento interpersonale e su di sé hanno

sicuramente una valenza psicoterapeutica.

Nel gruppo, molti genitori descrivono di sentire un senso di isolamento nella loro esperienza. Spesso hanno la sensazione di essere gli unici al mondo ad affrontare questo problema, senza poter pensare a nessun possibile interlocutore nella loro cerchia di conoscenti o amici. Questa sensazione si associa spesso a un senso di vergogna che rinforza ulteriormente l'isolamento. Alcuni genitori si sentono senza speranza nel riuscire a gestire al meglio la rivelazione del proprio figlio/a. Spesso i genitori temono di parlarne con chiunque, persino con gli altri componenti della famiglia, difatti, conseguenza del coming-out del figlio/a è il coming-out dei genitori, i quali dovranno scegliere se e quando comunicare quanto vissuto ai familiari, ai colleghi, agli amici.

Nel gruppo emergono sentimenti di perdita e lutto: i genitori, infatti, devono affrontare la dolorosa perdita del figlio o della figlia che hanno conosciuto fino a quel momento e prepararsi ad accogliere la nuova identità di genere. L'elaborazione di questo lutto è alquanto complessa/problematica e spesso i tempi del genitore non coincidono con il desiderio impellente del figlio/a di essere riconosciuto/a ed accettato/a, dovendo elaborare la perdita di tutte le aspettative, costruite negli anni, legate al futuro del proprio figlio/a. Da un punto di vista psicoterapeutico, tale spazio di gruppo potrebbe rappresentare un'opportunità, nel vissuto psicologico-relazionale di ognuno, di “chiudere” un'esperienza per “aprirsi” ad un nuovo poco conosciuto e all'esplicitazione di dubbi/perplessità che potrebbero trovare chiarezza e risposte nel fluire dell'esperienza sia all'interno

del gruppo sia nella relazione con il proprio figlio/a.

La finalità generale dell'intervento di gruppo con i genitori consiste nel favorire lo sviluppo della capacità di mettersi in gioco, nello scambio reciproco, condividendo esperienze, facendo emergere e potenziando le competenze genitoriali; inoltre, nel diffondere conoscenza contro stigma e pregiudizi, destrutturando in primis il pregiudizio interiorizzato, nell'assumere infine un ruolo attivo di genitori come attori di cambiamento.

L'obiettivo dell'intervento di gruppo potrebbe essere così sintetizzato:

- rompere l'isolamento entro cui spesso i genitori si trovano ad affrontare il coming-out del figlio/a;
- offrire un luogo protetto e non giudicante dove esprimere ed elaborare sentimenti e vissuti di colpa e vergogna, preoccupazioni e resistenze;
- connettersi al bisogno del figlio/a nell'essere riconosciuto nella propria identità di genere;
- costruire un luogo privilegiato di comunicazione tra pari al fine di migliorare le competenze comunicative e relazionali nei confronti dei figli;
- sostenere il riconoscimento e l'accettazione della peculiarità dello sviluppo dell'identità di genere di ogni individuo in ogni sua espressione;
- incrementare la consapevolezza del ruolo educativo dei genitori e della famiglia;
- promuovere risorse e nuove capacità di lettura degli eventi e dei bisogni individuali e collettivi;
- promuovere la crescita familiare resiliente e garantire il benessere emotivo di tutti i componenti della famiglia.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association. (2023). DSM-5-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore.

Bochicchio, V., & Scandurra, C. (2024). Psicologia dell'identità di genere. Il Mulino.

Coelho, J. S., Suen, J., Clark, B. A., Marshall, S. K., Geller, J., & Lam, P. Y. (2019). Eating disorder diagnoses and symptom presentation in transgender youth: A scoping review. *Current Psychiatry Reports*, 21.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl. 1), S1–S259.

Conte, V. (2008). Adolescenza oggi. In *La saggezza di essere genitori* (pp. 7–9). C.O.S.

Fabbrini, A., & Melucci, A. (2000). *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*. Feltrinelli.

Fiora, E., Pedrabissi, L., & Salvini, A. (1988). *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*. Giuffrè.

Galimberti, U. (1983). *Il corpo*. Feltrinelli.

Habermas, J. (1970). *Logica delle scienze sociali*. Il Mulino.

Kepner, J. I. (1997). *Body process: Il lavoro con il corpo in psicoterapia*. FrancoAngeli.

Legge n. 56. (1989). *Ordinamento della professione di psicologo e codice deontologico degli psicologi italiani*. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della*

percezione. Studi Bompiani.

Nealy, E. C., Prunas, A., Dameno, R., & Anzani, A. (2018). *Bambini e adolescenti transgender: Coltivare orgoglio e gioia nelle famiglie in transizione*. Fioriti.

Ordine degli Psicologi della Lombardia. (2024). *I percorsi affermativi di genere*. <https://www.opl.it>

Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Astrolabio.

Rigobello, L., & Gamba, F. (Eds.). (2016). *Disforia di genere in età evolutiva. Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza*. FrancoAngeli.

Salonia, G. (1992). *Tempo e relazione. L'intenzionalità relazionale come orizzonte ermeneutico della Psicoterapia della Gestalt*. *Quaderni di Gestalt*, 8(14), 7–22.

Salonia, G. (2008). *La psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo*. In S. Vero (Ed.), *Il corpo disabitato: Semiologia e fenomenologia*. FrancoAngeli.

Salonia, G. (2010). *Lettera a un giovane psicoterapeuta della Gestalt*. In M. Menditto (Ed.), *Psicoterapia della Gestalt contemporanea*. FrancoAngeli.

Salonia, G. (2011). *Sulla felicità e dintorni, tra corpo, parola e tempo*. Il Pozzo di Jacobbe.

Schmidt, J. (2003). *Paradise lost? Social change and Fa'afafine in Samoa*. *Current Sociology*, 51, 417–432.

Spagnuolo Lobb, M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia*. FrancoAngeli.

Spagnuolo Lobb, M. (2013). *Il corpo come "veicolo" del nostro essere nel mondo*. *Quaderni*

di Gestalt, 26(1).

WPATH. (2022). *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8*. *International Journal of Transgender Health*.

Riflessioni

Sessualità e affettività come dimensioni integrate del benessere psicologico

di Marilena Maglia e Josephine Costa

Introduzione

La sessualità e l'affettività rappresentano due dimensioni centrali dell'esperienza umana e contribuiscono in modo significativo alla costruzione dell'identità, delle relazioni e del benessere psicologico lungo l'intero arco della vita (OMS).

La salute sessuale e riproduttiva comprende nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo stato di benessere fisico, mentale e sociale, correlato al sistema riproduttivo e alle sue funzioni. Implica che le donne e gli uomini devono essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura; che devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto possono farlo.

La sessualità e la riproduzione sono considerate entro la prospettiva dei diritti umani.

Greenberg (1993) definisce l'affettività come l'insieme di esperienze emotive (positive e negative) che aiutano a creare significato, a costruire l'identità e a prendere decisioni, lavorando per accettarle, comprenderle e trasformarle attraverso la consapevolezza, l'espressione e la regolazione emotiva, con l'obiettivo di migliorare il benessere e le relazioni. Negli ultimi vent'anni è aumentata l'attenzione

scientifico verso una concezione globale e olistica della salute e del benessere sessuale. Infatti, ad oggi, la comunità scientifica riconosce che gli aspetti mentali ed emotivi del benessere sessuale rappresentano componenti fondamentali della salute sessuale. Inoltre, la comprensione dei desideri sessuali si sviluppa in relazione alle aspettative sociali, in parallelo alla crescita sociale e psicologica e alla formazione degli schemi sessuali (**sexual schema**).

Sessualità e affettività risultano profondamente interconnesse: l'esperienza sessuale è spesso mediata dalla qualità del legame affettivo, così come la dimensione affettiva è influenzata dalla percezione del corpo e dell'intimità. Un approccio integrato consente di comprendere meglio il funzionamento psicologico della persona nella sua globalità.

Prospettiva biopsicosociale

La sessualità e l'affettività costituiscono un fenomeno complesso che coinvolge diversi ambiti: biologico, psicologico e sociale. La prospettiva biopsicosociale (BPS) offre un quadro teorico completo per comprendere tali dimensioni, riconoscendo che la salute sessuale e affettiva deriva dall'interazione dinamica di fattori biologici (ad esempio genetica, fisiologia

e salute fisica), psicologici (pensieri, emozioni, desideri e autopercezioni) e sociali (relazioni, norme culturali, contesto familiare e comunitario) (Engel, 1977; Berry & Berry, 2013; Montorsi & Althof, 2004).

Secondo questo modello, ogni esperienza sessuale e affettiva non può essere considerata isolatamente: la qualità delle relazioni emotive e intime, la percezione di sé come individuo sessuale e la soddisfazione sessuale emergono da un costante intreccio tra dimensioni biologiche, psicologiche e socioculturali. La valutazione dei disturbi o delle difficoltà in ambito sessuale e affettivo richiede quindi un approccio multidimensionale che includa la raccolta della storia medica, sessuale e relazionale, l'analisi delle credenze e degli schemi affettivi, l'osservazione dei fattori socioculturali e la collaborazione con partner o familiari quando possibile (Hatsichristou et al., 2016; Jannini et al., 2010).

L'approccio BPS enfatizza inoltre la necessità di un trattamento personalizzato e olistico, in cui clinici e operatori della salute siano in grado di integrare competenze mediche, psicologiche e relazionali, promuovendo non solo la risoluzione di disfunzioni o problematiche sessuali, ma anche il benessere affettivo, l'intimità e la qualità della vita complessiva del paziente (Simonelli et al., 2010; Coyne et al., 2019). In questo senso, l'affettività diventa una componente centrale della sessualità, poiché la soddisfazione nelle relazioni intime e la capacità di vivere legami emotivi sani influenzano direttamente l'esperienza sessuale e la percezione di sé come individuo sessualmente e affettivamente competente.

L'integrazione dell'approccio sex-positive all'interno del modello BPS offre un ulteriore livello di comprensione, valorizzando il piacere, l'autodeterminazione, il consenso e la diversità delle esperienze sessuali come elementi intrinsecamente legati al benessere affettivo. Promuovere una sessualità positiva e affettivamente soddisfacente significa riconoscere l'interconnessione tra desideri, emozioni e relazioni sociali, favorendo uno sviluppo più armonico dell'identità sessuale e affettiva nella vita quotidiana (Williams et al., 2015; Gruskin et al., 2019; Ivanski & Kohut, 2017).

Aspetti clinici

Esistono numerosi aspetti clinici legati alla dimensione sesso-affettiva, intesa, come già detto, come integrazioni tra vissuti emotivi, relazioni e sessuali:

- **Integrazione tra intimità emotiva e desiderio:** capacità di vivere la sessualità come esperienza relazionale e non solo come spinta pulsionale;
- **Stili di attaccamento e sessualità:** lo stile di attaccamento è l'insieme di schemi di pensiero e di comportamenti che si formano attraverso le interazioni con le figure di attaccamento, riflettendo la qualità delle cure ricevute. Gli stili di attaccamento influenzano le modalità di relazionarsi in età adulta, compresa quindi anche la sessualità. Uno stile di attaccamento sicuro è correlato ad equilibrio emotivo e relazionale, mentre stili di attaccamento ansioso/evitante/disorganizzato sono fonte di

insicurezza, instabilità e confusione emotiva, influenzando negativamente anche la sfera della sessualità;

- **Uso della sessualità per la regolazione affettiva:** la sessualità può essere utilizzata come metodo per contrastare ansia, solitudine e depressione, dunque come strumento automedicativo in assenza di capacità funzionali per regolare e gestire le emozioni;
- **Confini, consenso e reciprocità:** capacità di riconoscere e rispettare i limiti propri e altrui. Costruzione di confini sovra o sottodimensionati a causa di eventi traumatici infantili possono provocare una estrema chiusura in sé stessi o al contrario, un'apertura dettata dal senso di colpa e dalla paura di essere rifiutati dall'altro;
- **Identità sesso-affettiva:** integrazione tra identità, orientamento sessuale, genere e bisogni affettivi.

Le difficoltà nella dimensione sesso-affettiva possono manifestarsi in diversi modi: disfunzioni sessuali, relazioni instabili o evitanti, dipendenza affettiva, comportamenti sessuali a rischio, sexual addiction, sofferenza relazionale persistente, inibizione del desiderio.

Educazione alla sessualità e affettività

L'educazione alla sessualità e all'affettività producono effetti positivi nella vita delle persone, soprattutto per quanto riguarda il benessere psicologico. Educare alla sessualità vuol dire estendere la consapevolezza degli individui anche agli aspetti psicosociali, attraverso un confronto attivo per imparare a condividere qualcosa di

concreto e non mere terminologie.

È necessario sottolineare l'importanza dell'apprendimento socio-emotivo all'interno dei programmi di educazione alla sessualità e all'affettività. Tale apprendimento comporterebbe più empatia e rispetto verso gli altri, una migliore comunicazione e gestione dei sentimenti, la propria percezione corporea positiva, un senso di autocontrollo e sicurezza su di sé (Goldfarb & Lieberman, 2020).

Lo sviluppo della riflessione critica permetterebbe di affrontare temi quali il consenso e il rispetto, di sostenere gli individui nel fare scelte informate. Infine, la preoccupazione di molti sulla formalizzazione dell'educazione alla sessualità e all'affettività sin dai primi anni d'istruzione risulterebbe dalle ricerche facilmente rassicurabile. L'educazione alla sessualità e all'affettività permette agli individui di mettere in atto comportamenti sessuali più responsabili e non priva i bambini della loro innocenza quando le informazioni risultano scientificamente accurate e appropriate all'età in un processo a fasi dalla scuola dell'infanzia in poi (European Expert Group on Sexuality Education, 2016).

L'educazione sessuale riveste un ruolo cruciale non solo nella trasmissione di conoscenze, ma soprattutto nello sviluppo di competenze psicologiche fondamentali per il benessere individuale e relazionale, soprattutto in merito alla costruzione di una rappresentazione integrata della sessualità, favorendo l'elaborazione consapevole delle esperienze corporee, emotive e relazionali. In questo senso, le conoscenze acquisite attraverso programmi di educazione sessuale o mediante la ricerca intenzionale di informazioni possono tradursi

in un miglioramento della salute sessuale e del benessere psicologico complessivo (Chao et al., 2011; Husain, 2021).

Dal punto di vista psicologico, l'educazione sessuale promuove lo sviluppo dell'autoefficacia e della fiducia sessuale, consentendo agli individui di percepirsi come agenti attivi e competenti nella gestione della propria vita intima. L'educazione sessuale predice livelli più elevati di autoefficacia, mentre la fiducia sessuale risulta strettamente associata alla soddisfazione sessuale. Tali competenze rappresentano fattori protettivi rispetto a vissuti di ansia, insicurezza e dipendenza relazionale, contribuendo a una maggiore stabilità emotiva e a relazioni più equilibrate.

In linea con la letteratura esistente è possibile evidenziare il ruolo centrale della consapevolezza sessuale, identificata come mediatore chiave tra educazione sessuale e soddisfazione sessuale. La consapevolezza sessuale implica la capacità di riconoscere e comprendere i propri bisogni, desideri e limiti, integrando tali aspetti all'interno dell'esperienza emotiva e relazionale. Numerose ricerche hanno evidenziato come livelli più elevati di consapevolezza sessuale siano associati a esperienze sessuali più positive e soddisfacenti (Sanchez & Kiefer, 2007; Hensel et al., 2011). Inoltre, la possibilità di accedere a una maggiore consapevolezza di sé favorisce una comunicazione più aperta e autentica con il partner, facilitando la negoziazione del consenso e dei confini all'interno della relazione (Morokoff & Gilliland, 1993).

L'educazione sessuale svolge, pertanto, una funzione rilevante nello sviluppo delle competenze di regolazione emotiva e di

mentalizzazione, permettendo agli individui di comprendere e gestire le emozioni legate alla sessualità, nonché di riconoscere gli stati emotivi del partner. Questo processo risulta particolarmente significativo nella prevenzione di vissuti di disagio psicologico, poiché una maggiore consapevolezza sessuale è associata a una migliore capacità di far fronte a emozioni negative e situazioni di stress (Heiman et al., 2011).

Si può anche parlare di intelligenza sessuale, intesa come l'integrazione di conoscenze sessuali, consapevolezza di sé e competenze comunicative (Conrad & Milburn, 2001; Virk, 2012). In tale quadro, l'educazione sessuale si configura come un intervento psicologico di promozione della salute, capace di sostenere lo sviluppo di una sessualità matura, autonoma e soddisfacente. Non a caso, la letteratura sottolinea come l'educazione sessuale rappresenti uno dei contesti più efficaci per favorire l'esplorazione della sessualità in modo sicuro e guidato, soprattutto nelle fasi evolutive più sensibili (Weaver et al., 2005; Lindberg et al., 2016).

Un caso clinico: L'esperienza di G.S.

G.S. si rivolge al CSM del nostro distretto circa un anno fa. La richiesta principale del paziente prevede abbassamento e possibile risoluzione di sintomatologia ansiosa (diventata da qualche tempo invalidante per il normale svolgimento degli impegni del quotidiano), presenza di isolamento sociale e chiusura relazionale. Il sig. G.S., di anni 52, proviene da una famiglia che lui stesso definisce "disfunzionale" composta da

madre, padre e tre maschi, G.S. è il più piccolo. La madre dell'assistito presentava una diagnosi di Depressione Maggiore, trascorreva gran parte delle giornate a letto e impossibilitata a svolgere funzioni educative e di supporto per i figli. Il padre viene descritto dal paziente come un uomo estremamente duro sia a livello fisico che psicologico. Dei fratelli il sig G.S. non è in grado di effettuare una descrizione poiché afferma di aver vissuto poco tempo con loro. Dalla raccolta delle informazioni anamnestiche e cliniche emerge che l'assistito ha vissuto parte dell'infanzia e dell'adolescenza presso un istituto religioso e, per tale ragione, oggi presenta un grande legame alla religione e all'istituzione Chiesa. Il paziente non è mai stato sposato, non ha mai avuto una relazione affettiva e non ha figli. Lui stesso si definisce "sacerdote laico". Indagando sull'esordio della sintomatologia, si osserva che questa si sia principalmente scatenata a seguito di un aumento della frequenza di alcuni rapporti sociali anche se di scarsa intensità (parlare con i vicini, confrontarsi con i parrocchiani ecc). Nel corso dell'iter terapeutico si è resa sempre più evidente che la ragione che spingeva il soggetto a non confrontarsi con terzi si agganciava all'aver vissuto una profonda esperienza traumatica verificatasi in età infantile. Nello specifico, il paziente ha raccontato con ricchezza di tristi e definiti particolari più episodi di violenza sessuale subiti dallo stesso per mano di un compaesano diversi anni più grande del paziente (probabilmente amico di famiglia). Gli atti di violenza venivano consumati in luoghi nascosti (anche ostili) in un arco di tempo lungo (circa due anni). La fragilità psicologica che di tale esperienza ha portato il paziente a non riuscire a

intrattenere alcun rapporto affettivo significativo confinandolo all'interno di un quadro di solitudine relazionale profondamente frustrante nell'incapacità di riporre fiducia né verso figure familiari né verso figure extra familiari. All'interno di tale contesto clinico il lavoro è stato focalizzato soprattutto sulla capacità di elaborazione del trauma e della gestione dell'aspetto emotivo personale legato alle relazioni.

Il setting terapeutico ha dato la possibilità a tutti gli attori coinvolti di stabilire un clima di fiducia e di supporto e, grazie anche all'ottimo livello di motivazione del soggetto e alla costanza degli incontri, è stato possibile ad oggi procedere verso il raggiungimento di obiettivi risocializzanti e all'innalzamento dei livelli di autostima personale. Il soggetto nel corso di questo anno è stato inserito anche all'interno di un gruppo psicoeducazionale e ha ottenuto ottimi risultati anche dal punto di vista pratico (riesce a frequentare la scuola serale per ottenere il diploma di scuola secondaria di primo grado). Il tono dell'umore è notevolmente migliorato come anche la capacità di autopercepirsi. In atto risulta ancora difficile per il paziente vedersi all'interno di una relazione affettiva stabile.

Conclusioni

La sessualità e l'affettività rappresentano due dimensioni fondamentali del benessere psicologico e sono fortemente interconnesse poiché influenzano la costruzione dell'identità, la qualità delle relazioni e la salute emotiva lungo tutto l'arco della vita.

Come evidenziato dalla prospettiva

biopsicosociale, il benessere sessuale emerge dall'interazione di fattori psicologici, biologici e socioculturali, rendendo necessaria una lettura integrata dell'esperienza umana. L'educazione alla sessualità e all'affettività si configura come un intervento fondamentale di promozione alla salute, in quanto favorisce lo sviluppo di competenze psicologiche quali autoefficacia, consapevolezza di sé, regolazione emotiva e comunicazione relazionale. In particolare, la consapevolezza sessuale emerge come elemento chiave nella correlazione tra conoscenza e soddisfazione sessuale, sostenendo relazioni intime più positive e legami affettivi più soddisfacenti ed equilibrate. In conclusione, promuovere un'educazione sessuale scientificamente fondata, integrata alle dimensioni emotive e relazionali significa investire nel benessere psicologico individuale e collettivo, contribuendo allo sviluppo della sessualità consapevole, responsabile e soddisfacente.

Riferimenti bibliografici

Chao et al., 2011; Husain, 2021
Engel, 1977; Berry & Berry, 2013; Montorsi & Althof, 2004
Goldfarb, E. S., Lieberman, L. D. (2020),
Three Decades of Research: The case for
Comprehensive sex education, in «Journal of
Adolescent Health», 68
European Expert Group on Sexuality Education,
2016
Hatsichristou et al., 2016; Jannini et al., 2010
Heiman et al., 2011
Morokoff & Gilliland, 1993

Sanchez & Kiefer, 2007; Hensel et al., 2011
Simonelli et al., 2010; Coyne et al., 2019
Weaver et al., 2005; Lindberg et al., 2016
Wojtyła, A., Husain, O., & Kowalczyk, M. (2025).
Does sex education guarantee a higher quality
of sexual life? The mediating role of sexual
self-awareness in sex education and sexual
satisfaction.
Wesche R, Walsh JL, Shepardson RL, Carey KB,
Carey MP. The Association Between Sexual
Behavior and Affect: Moderating Factors in
Young Women. J Sex Res. 2019 Oct;56(8):1058-
1069. doi: 10.1080/00224499.2018.1542657.
Epub 2018 Dec 3. PMID: 30507324; PMCID:
PMC6546558.

Esperienze progettuali

Un intervento psicologico di promozione cognitivo-costruttivista dei processi di significazione affettiva in ambito educativo scolastico

di Claudia Montana

Razionale teorico-clinico

In ambito educativo scolastico, l'approccio cognitivo-costruttivista concepisce lo studente come **soggetto attivo nella costruzione del significato della propria esperienza**, in particolare nei domini affettivi e relazionali. A partire dai contributi di Vittorio Guidano, lo sviluppo dell'identità viene inteso come un processo narrativo ed emozionale, profondamente influenzato dalle interazioni significative e dal contesto socio-culturale. In età evolutiva e adolescenziale, sessualità e affettività assumono la funzione di **organizzatori di significato**, contribuendo alla definizione del senso di sé, del corpo e della relazione con l'altro. Le evidenze empiriche indicano che difficoltà in tali processi sono associate a maggiore vulnerabilità emotiva, disregolazione affettiva e disagio relazionale (Liotti, 2004; Dimaggio et al., 2015).

In questo quadro, l'intervento psicologico a scuola non si configura come educazione sessuale in senso informativo, ma come **dispositivo di promozione della riflessività**, coerente con i modelli di **social and emotional learning (SEL)** validati empiricamente (Durlak et al., 2011).

La cornice operativa è rappresentata dallo **Sportello psicologico scolastico**, così come delineato dalle Linee Guida nazionali emanate dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (2020) e recepite dai protocolli di intesa tra Ministero dell'Istruzione e Ordine degli Psicologi. Tali documenti definiscono lo sportello come **dispositivo di promozione del benessere psicologico**, prevenzione del disagio e sostegno ai processi evolutivi pienamente compatibile con l'approccio cognitivo-costruttivista che privilegia il lavoro sui significati impliciti, sulla **regolazione emotiva** e sulla **metacognizione** (Liotti, 2004; Dimaggio et al., 2015).

In tale prospettiva, l'intervento su sessualità e affettività non assume carattere informativo-normativo, ma si configura come **azione psico-educativa e riflessiva**, coerente con il mandato istituzionale dello sportello e con il ruolo dello **Psicologo Scolastico** quale **facilitatore dei processi di significazione e consapevolezza emotivo-relazionale**.

Contesto e destinatari

L'intervento è stato realizzato in un istituto di istruzione secondaria di secondo grado, coinvolgendo studenti di età compresa tra i 15

e i 18 anni. Il contesto scolastico, caratterizzato da eterogeneità culturale e presenza di fragilità emotivo-relazionali, ha reso evidente il bisogno di uno spazio strutturato di riflessione sull'esperienza affettiva e relazionale, distinto sia dall'insegnamento disciplinare sia dalla consulenza clinica individuale.

Obiettivi dell'intervento

In coerenza con il mandato istituzionale dello sportello psicologico e con la cornice teorica adottata, l'intervento ha perseguito i seguenti obiettivi:

- favorire la **consapevolezza dei vissuti emotivi** legati alle relazioni affettive;
- facilitare la **costruzione condivisa di significati**, nel rispetto delle differenze individuali e culturali;
- promuovere la **capacità di attribuire significato** all'esperienza corporea ed emotiva;
- sostenere lo sviluppo di **competenze riflessive e metacognitive**;
- prevenire processi di **scissione tra affettività, corporeità e narrazione di sé**.

Tali obiettivi trovano riscontro nella letteratura che evidenzia il ruolo protettivo della metacognizione e della mentalizzazione nello sviluppo socio-emotivo (Fonagy et al., 2002).

Metodologie cliniche adottate e struttura dell'intervento

L'intervento si è articolato in incontri di gruppo a conduzione psicologica, utilizzando

metodologie attive e riflessive nel rispetto delle Linee guida CNOP che raccomandano strumenti non diagnostici e non terapeutici in senso stretto. Il gruppo è stato concepito come **dispositivo narrativo e relazionale**, capace di facilitare il confronto tra significati soggettivi e intersoggettivi.

Le principali metodologie impiegate sono state:

- **Colloquio psicologico di orientamento costruttivista**, focalizzato sull'esplorazione dei significati personali attribuiti all'esperienza affettiva;
- **Tecniche narrative** (stimoli autobiografici, racconti di situazioni relazionali tipiche), finalizzate alla ricostruzione della continuità esperienziale;
- **Restituzioni metacognitive**, volte a favorire il collegamento tra emozioni, pensieri e comportamenti;
- **Lavoro di gruppo a conduzione psicologica**, concepito come spazio intersoggettivo di confronto e co-costruzione del significato.

Tali metodologie risultano coerenti con le evidenze scientifiche che indicano l'efficacia degli interventi basati sulla narrazione e sulla mentalizzazione in età evolutiva (Fonagy et al., 2002; Angus & McLeod, 2004).

Strumenti utilizzati

Nel rispetto del contesto scolastico e delle indicazioni normative, sono stati impiegati **strumenti qualitativi e semi-strutturati**, tra cui:

- **griglie di osservazione** del clima emotivo e

- relazionale;
- **schede di auto-riflessione emotiva;**
- **questionari di autovalutazione** non diagnostici (es. consapevolezza emotiva, percezione delle relazioni);
- **diario riflessivo guidato.**

L'utilizzo di strumenti non standardizzati a fini diagnostici risponde alle Linee guida dello sportello, che privilegiano la funzione preventiva e di promozione del benessere.

Indicatori di valutazione dell'efficacia

La valutazione dell'efficacia dell'intervento è stata condotta attraverso indicatori qualitativi e quantitativi, in linea con le raccomandazioni CNOP sulla documentazione degli esiti. Gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'efficacia dell'intervento (consapevolezza emotiva, flessibilità narrativa, miglioramento del clima relazionale) sono coerenti con gli outcome considerati rilevanti dalla letteratura sugli interventi psico-educativi scolastici (Greenberg et al., 2017; Weare & Nind, 2011). In particolare, meta-analisi recenti mostrano che interventi focalizzati su competenze emotive e riflessive producono effetti significativi sul benessere psicologico, sulla qualità delle relazioni e sulla prevenzione del disagio (Durlak et al., 2011).

Gli indicatori principali hanno incluso:

- incremento della **capacità di verbalizzazione emotiva;**
- maggiore flessibilità nella **narrazione di sé** e delle relazioni;
- aumento della **richiesta spontanea di**

- supporto** allo sportello;
- miglioramento percepito del **clima relazionale in classe;**
- riduzione di **atteggiamenti difensivi o evitanti** rispetto ai temi affettivi.

Questi indicatori sono coerenti con la letteratura che associa lo sviluppo della metacognizione e della mentalizzazione a migliori esiti di adattamento socio-emotivo (Dimaggio et al., 2015).

Esiti osservati e ricadute educative

Sul piano qualitativo, l'intervento ha favorito:

- un aumento della capacità degli studenti di **verbalizzare emozioni e vissuti relazionali;**
- una maggiore **tolleranza dell'ambivalenza emotiva;**
- una riduzione di **atteggiamenti rigidamente difensivi** nei confronti dell'intimità e della relazione.

Tali esiti sono coerenti con le evidenze scientifiche che associano l'incremento della competenza metacognitiva a un miglioramento del benessere socio-emotivo e della qualità delle relazioni (Dimaggio et al., 2015).

Considerazioni conclusive

L'intervento descritto mostra come l'approccio cognitivo-costruttivista possa trovare applicazione efficace anche in ambito educativo scolastico, configurandosi come **pratica preventiva ad alto valore formativo.** Promuovere spazi di riflessione sull'affettività e sulla sessualità significa sostenere **processi**

di costruzione del Sé più integrati, flessibili e consapevoli, contribuendo al benessere psicologico degli studenti e alla qualità del clima educativo.

L'azione formativa evidenzia inoltre come lo Sportello Psicologico scolastico rappresenti un contesto privilegiato per la promozione del benessere affettivo e relazionale, attraverso pratiche clinicamente fondate e istituzionalmente legittimate. L'integrazione tra approccio cognitivo-costruttivista e Linee Guida nazionali consente di sviluppare interventi efficaci, rispettosi del mandato educativo e capaci di rispondere ai bisogni complessi degli studenti nella contemporaneità.

Bibliografia essenziale

- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 319–335). New York: Guilford Press.
- Angus, L., & McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi. (2020). *Linee di indirizzo per la promozione del benessere psicologico a scuola*. Roma.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders*. London: Routledge.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The

impact of enhancing students' social and emotional learning. *Child Development*, 82(1), 405–432.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Guidano, V. F. (1991). *The self in process*. New York: Guilford Press.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472–483.

Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Riflessioni

Sessualità e affettività come linguaggi relazionali: una lettura sistemico-relazionale

di Antonietta Germanotta

Introduzione

In terapia la sessualità emerge frequentemente come area problematica ma di rado come richiesta d'aiuto. Sessualità che necessita di essere intesa non come comportamento da normalizzare o prestazione da correggere ma quale luogo relazionale in cui si intrecciano storia familiare, modelli affettivi, potere, trauma e aspettative sociali.

Una lettura centrata meramente sull'individuo rischierebbe di oscurarne la dimensione più rilevante dal punto di vista clinico: quella relazionale che consente di collocare sessualità e affettività come un **linguaggio del corpo all'interno dei legami**. Fondamentale è considerare il binomio **sessualità e affettività** un'esperienza che prende forma nella relazione con le figure di riferimento e nei contesti affettivi e culturali di appartenenza. Non funzioni isolate bensì processi attraverso cui il sistema regola distanza e vicinanza. In tale cornice il **corpo sessuato** diventa luogo di espressione della storia relazionale e delle modalità di attaccamento costruite nel tempo. Le riflessioni che seguono nascono dall'esperienza clinica: terapie individuali e terapie di coppia all'interno delle quali le difficoltà sessuali emergono frequentemente non come problematiche autonome, disturbi da trattare, ma come modalità comunicativa

attraverso cui il corpo esprime bisogni, ferite, soluzioni di adattamento e richieste di regolazione della distanza emotiva. La sessualità si rivela meno come area da trattare e più come spazio relazionale da comprendere; espressione indiretta di sofferenze relazionali più ampie.

La sessualità come funzione del sistema

Nell'approccio sistemico-relazionale il comportamento individuale acquista significato solo se letto all'interno del sistema di relazioni in cui è inserito; corpo e sessualità rispondono a regole implicite, aspettative affettive e vincoli relazionali.

Come evidenziato da Luigi Cancrini (2013), il sintomo non rappresenta un malfunzionamento ma una strategia adattiva a una sofferenza relazionale piuttosto che un segnale di patologia individuale per la quale il sistema non dispone di risposte più flessibili. Applicata alla sessualità, questa lettura consente di comprendere come difficoltà, blocchi o comportamenti sessuali disfunzionali possano assolvere a funzioni ben precise: mantenere una distanza emotiva protettiva, evitare il contatto con vissuti intollerabili, stabilizzare equilibri di coppia o preservare un'identità costruita sulla difesa. Il sintomo sessuale può essere letto come un tentativo di mantenere un equilibrio relazionale

per proteggersi da esperienze emotivamente inaccettabili o di comunicare un disagio che non è riuscito a trovare altre forme di espressione. La sessualità si configura come un vero e proprio **regolatore del legame** in grado di segnalare tensioni relazionali, asimmetrie di potere e irrisolti affettivi spesso transgenerazionali. Il corpo non è soltanto sede di esperienza individuale ma luogo di iscrizione della relazione in cui il sistema lascia tracce delle esperienze significative che si riattivano nei contesti di intimità.

Sessualità e trauma: il corpo che ricorda

Le esperienze traumatiche, soprattutto quando avvengono all'interno di relazioni significative, hanno un impatto profondo sul modo in cui la persona vive il proprio corpo, il desiderio e l'intimità. La sessualità può diventare un'area di forte ambivalenza, oscillando tra evitamento, ipercontrollo, anestesia emotiva o, al contrario, comportamenti sessuali compulsivi e disorganizzati. Nell'esperienza clinica, le difficoltà sessuali associate a storie traumatiche raramente si presentano come richieste dirette di intervento sul sintomo; più spesso emergono come elementi collaterali, portati dal paziente solo dopo che si è costruito uno spazio relazionale sufficientemente sicuro.

Come sottolinea Van der Kolk (2015) il trauma lascia tracce profonde anche a livello corporeo; in ottica sistemica il trauma non è riducibile all'evento ma va compreso come fallimento della relazione nel contenere e simbolizzare l'esperienza. Quando il legame primario non offre protezione e riconoscimento il sistema sviluppa soluzioni difensive, strategie di sopravvivenza

relazionale che tendono a stabilizzarsi nel tempo. L'evitamento dell'intimità, il controllo rigido del corpo o la dissociazione corporea non segnalano un disturbo del desiderio ma rappresentano esiti coerenti di una storia relazionale in cui la vicinanza è stata associata al pericolo e al trauma. Il corpo conserva la memoria del legame più che dell'evento traumatico; attraverso il sintomo sessuale il sistema segnala ciò che non ha potuto essere elaborato sul piano simbolico e relazionale.

Caso clinico

Nel lavoro psicoterapico con una donna adulta, giunta in stanza di terapia riferendo una difficoltà persistente nella vita sessuale di coppia, emerge fin dalle prime sedute un racconto centrato sul controllo del proprio corpo e sull'impossibilità di lasciarsi andare sessualmente. Nel corso del nostro lavoro la storia familiare rivela un contesto affettivo caratterizzato da una marcata rigidità emotiva in cui l'autonomia affettiva veniva confusa con l'isolamento. Nel suo contesto familiare di appartenenza l'espressione dei bisogni affettivi sembrava essere implicitamente scoraggiata poiché associata a vulnerabilità e perdita di valore. In questo quadro la sessualità sembrava aver assunto, nel tempo, una funzione regolativa stabile del legame: **difendere** una distanza emotiva tollerabile e proteggersi dal rischio percepito di **fusione** o **intrusione**. Seduta dopo seduta ci si orienta verso la comprensione del sintomo quale soluzione relazionale, coerente con la storia del proprio sistema familiare, favorendo l'esplorazione e l'emergere di inediti significati e sconosciute

possibilità di contatto e vicinanza. Il cambiamento clinico, per la paziente, inizia quando il sintomo non rappresenta più un nemico da combattere ma una storia da comprendere; nel momento in cui il sintomo viene riconosciuto come soluzione relazionale il corpo smette di doversi difendere.

Il ruolo del terapeuta sistemico-relazionale

Nel lavoro sulla sessualità, l'intervento clinico assume una posizione di ascolto del sistema più che del singolo comportamento; non mira a ripristinare una presunta normalità ma a dare significato al sintomo ricollocandolo all'interno della storia dei legami. L'attenzione del terapeuta si concentra meno sul contenuto manifesto del sintomo e più sulla sua funzione nel sistema, in modo non lineare ma circolare, mantenendo uno sguardo che integri corpo, storia relazionale e contesto attuale. Il setting terapeutico diventa così uno spazio in cui il corpo può essere riconosciuto come portatore di significati relazionali e in cui il sistema può sperimentare forme più flessibili di regolazione della distanza e della vicinanza affettiva.

Conclusioni

Sessualità e affettività, lette in chiave sistemico-relazionale, non rappresentano ambiti separati della vita psichica ma modalità attraverso cui il sistema organizza la relazione e gestisce la sofferenza. Il sintomo sessuale, lungi dall'essere un *semplice disturbo*, perde così il suo statuto di disfunzione individuale per acquisire quello di risposta coerente a una storia relazionale complessa percepita come minacciosa o non

sufficientemente sicura.

Nella sessualità, come in ogni sintomo, non è il corpo a non funzionare ma il sistema che ha trovato in quel corpo la sua unica soluzione possibile: è da qui che il lavoro clinico può iniziare...

Bibliografia

- Cancrini, L. (2006), *L'oceano borderline*. Raffaello Cortina Editore.
- Cancrini, L. (2013), *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van der Kolk, B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Riflessioni

Lo specchio digitale: evidenze scientifiche e cliniche del sexting nella regolazione degli affetti

di Laura Compagnone e Daniele Mollaioli

La fase del ciclo di vita definita oggi come **emerging adulthood**, situata indicativamente tra i 18 e i 29 anni, rappresenta una finestra evolutiva critica, caratterizzata da transizioni significative e da una profonda esplorazione dell'identità, in cui la formazione di relazioni intime costituisce un compito di sviluppo centrale per la stabilità relazionale futura (Arnett et al., 2014). In questo scenario contemporaneo, lo sviluppo psicosessuale è divenuto intrinsecamente mediato dalla tecnologia: i dispositivi connessi non sono più semplici strumenti di comunicazione, ma creano opportunità strutturali di interazione sessuale sia all'interno che all'esterno delle relazioni offline, dando vita a quelle che la letteratura definisce "**digital intimacies**" (Scott et al., 2020). In tale contesto, il sexting – inteso come lo scambio di messaggi, immagini o video sessualmente espliciti – non appare più agli occhi del clinico come un evento isolato o necessariamente deviante, ma come una pratica di intimità incorporata nella manutenzione quotidiana della relazione (Mori et al., 2020). Studi recenti evidenziano infatti una funzione spesso "compensatoria" del sexting, descrivendolo come un meccanismo cruciale per sostenere la vicinanza percepita quando l'intimità fisica è limitata da vincoli strutturali o geografici (Kafae & Kohut, 2021; Remondi et al., 2024).

Dal punto di vista clinico, tuttavia, è necessario andare oltre la semplice constatazione sociologica della diffusione del fenomeno per indagarne la funzione profonda nell'economia psichica del paziente. Possiamo ipotizzare che lo spazio digitale assuma le caratteristiche di un'area transizionale: se il sexting "funzionale" permette il gioco e la connessione, mantenendo la costanza dell'oggetto amato anche in assenza fisica, il sexting disfunzionale segnala spesso il fallimento di questa capacità simbolica, diventando teatro di angosce primitive non elaborate. La letteratura scientifica più recente ci permette di mappare queste dinamiche attraverso la lente della teoria dell'attaccamento e della regolazione emotiva, offrendo chiavi di lettura preziose per l'intervento terapeutico.

Osservando i soggetti con attaccamento ansioso, caratterizzati da un modello negativo del Sé e da una pervasiva paura dell'abbandono, le evidenze mostrano l'attivazione di strategie di "iperattivazione" volte a ristabilire compulsivamente la prossimità con il partner (Hazan & Shaver, 1987; Read et al., 2018). In questi casi, il comportamento sessuale – e per estensione quello digitale – viene utilizzato non tanto per il piacere erotico in sé, quanto per cercare rassicurazione, migliorare l'autostima e ridurre lo stress relazionale derivante

dall'incertezza (Davis et al., 2004). Un dato clinico particolarmente allarmante riguarda la "compliance": l'attaccamento ansioso emerge come un fattore di rischio significativo per la sottomissione a forme di coercizione sessuale. La paura della rottura del legame spinge questi individui a inviare materiale intimo anche quando non desiderato, nel tentativo disperato di placare il partner o prevenire l'abbandono, trasformando lo schermo in un "cordone ombelicale" digitale (Trub et al., 2022). Clinicamente, l'invio della foto diventa una domanda di amore scissa e sessualizzata: un tentativo di ottenere uno sguardo che confermi l'esistenza del Sé, dove l'attesa della risposta o della "doppia spunta blu" riattiva angosce di separazione intollerabili che il soggetto cerca di lenire attraverso la connessione tecnologica (Weisskirch et al., 2017).

Diametralmente opposta è la dinamica che si osserva nei soggetti con attaccamento evitante, i quali si definiscono per la sfiducia nella disponibilità dell'altro e la ricerca di un'indipendenza comportamentale e distanza emotiva. Sebbene la letteratura sul sexting in questo cluster sia meno diretta, le evidenze suggeriscono che gli evitanti possano usare l'interazione online per "sentirsi connessi" senza affrontare la "minaccia della vicinanza" (Drouin & Tobin, 2014). Si osserva una preferenza per forme di connessione che preservano la distanza, come interazioni asincrone, e una correlazione con una minore frequenza di rapporti sessuali in presenza, suggerendo una compromissione dell'intimità sessuale profonda (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2016). In questa prospettiva, il sexting può fungere da

sostituto "sicuro" dell'incontro fisico poiché permette il controllo totale dell'interazione e la disincarnazione dell'altro. Sul piano clinico, il dispositivo tecnologico si fa dunque garante di una "distanza di sicurezza", permettendo l'eccitazione senza l'implicazione relazionale: un compromesso difensivo che protegge un Sé fragile dalla dipendenza, scindendo l'intimità erotica dalla relazione oggettuale reale (Drouin et al., 2017).

Un terzo scenario clinico, distinto dalle dinamiche di attaccamento ma spesso ad esse sovrapposto, riguarda la disregolazione emotiva e l'impulsività. Esiste un forte supporto scientifico che lega la difficoltà di regolare gli stati affettivi a comportamenti a rischio: la disregolazione media il rapporto tra stress psicologico e comportamenti impulsivi in vari contesti clinici, inclusi quelli sessuali (Rahm-Knigge et al., 2023). Nel contesto specifico, il "sexting rischioso" è associato a tratti di disinibizione e a funzioni di regolazione emotiva disfunzionale, configurandosi come una risposta a stati affettivi negativi nota come negative urgency (Morelli et al., 2025, 2026). Qui ci muoviamo dunque nel territorio dell'acting-out: quando la capacità di mentalizzare fallisce, l'azione prende il posto del pensiero. Il sexting impulsivo funziona come un meccanismo di evacuazione in cui tensioni intollerabili come rabbia, noia o vuoto vengono "scaricate" attraverso l'atto immediato di inviare una foto (Mori et al., 2021). Il dispositivo funge da "ciuccio digitale" o ansiolitico, utilizzato per regolare l'omeostasi interna attraverso l'uso di un oggetto-parziale, segnalando spesso un funzionamento limite dove il corpo digitale viene

abusato perché quello psichico non riesce a contenere l'angoscia.

In conclusione, l'integrazione delle evidenze scientifiche con la pratica clinica ci suggerisce che il sexting non è un fenomeno monolitico, ma un comportamento "contesto-dipendente" il cui significato varia in base all'organizzazione di personalità sottostante. Per lo psicologo, la sfida è passare dalla valutazione del comportamento manifesto all'analisi della funzione latente. Se integrato in una relazione sicura, il sexting può rappresentare una forma ludica di intimità; quando guidato da insicurezze profonde o deficit di regolazione, diventa sintomo di sofferenza. L'intervento clinico non deve dunque mirare alla repressione moralistica del gesto tecnologico, ma alla ricostruzione delle capacità di regolazione affettiva e di relazione oggettuale che lo schermo sta vicariando o nascondendo.

Bibliografia

Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)

Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2004). Attachment Style and Subjective Motivations for Sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(8), 1076–1090. <https://doi.org/10.1177/0146167204264794>

Drouin, M., Coupe, M., & Temple, J. R. (2017). Is sexting good for your relationship? It depends... *Computers in Human Behavior*, 75, 749–756. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.018>

Drouin, M., & Tobin, E. (2014). Unwanted but consensual sexting among young adults: Relations with attachment and sexual motivations. *Computers in Human Behavior*, 31, 412–418. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.11.001>

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Kafaei, N., & Kohut, T. (2021). Online sexual experiences and relationship functioning in long distance relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 30(1), 15–25. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2020-0038>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (Second edition). The Guilford Press.

Morelli, M., Pazzagli, C., Sciabica, G. M., Chirumbolo, A., & Andreassi, S. (2026). The Association Between Pathological Personality Domains and Aggravated and Risky Sexting in a Sample of Emerging Adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 67(1), 147–157. <https://doi.org/10.1111/sjop.70021>

Morelli, M., Ragona, A., Chirumbolo, A., Nappa, M. R., Babore, A., Trumello, C., Sciabica, G. M., & Cattellino, E. (2025). Sexting Behaviors and Fear of Missing out Among Young Adults. *Behavioral Sciences*, 15(4), 454. <https://doi.org/10.3390/bs15040454>

Mori, C., Choi, H. J., Temple, J. R., & Madigan, S. (2021). Patterns of sexting and sexual behaviors in youth: A Latent Class Analysis. *Journal of Adolescence*, 88(1), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.01.010>

Mori, C., Cooke, J. E., Temple, J. R., Ly, A., Lu, Y., Anderson, N., Rash, C., & Madigan, S. (2020). The Prevalence of Sexting Behaviors Among Emerging Adults: A Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 49(4), 1103–1119. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01656-4>

Rahm-Knigge, R. L., Gleason, N., Mark, K., & Coleman, E. (2023). Identifying Relationships Between Difficulties with Emotion Regulation and Compulsive Sexual Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 52(8), 3443–3455. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02690-8>

Read, D. L., Clark, G. I., Rock, A. J., & Coventry, W. L. (2018). Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. *PLOS ONE*, 13(12), e0207514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207514>

Remondi, C., Gerbino, M., Zuffianò, A., Baiocco, R., Cirimele, F., Thartori, E., Di Giunta, L., Lunetti, C., Favini, A., Bacchini, D., Regalia, C., Lansford, J. E., & Pastorelli, C. (2024). Longitudinal associations between positive parenting and youths' engagement in sexting behaviors: The mediating role of filial self-efficacy beliefs. *Computers in Human Behavior*, 158, 108320. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2024.108320>

Scott, R. H., Smith, C., Formby, E., Hadley, A., Hallgarten, L., Hoyle, A., Marston, C., McKee, A., & Tourountsis, D. (2020). What and how: Doing good research with young people, digital intimacies, and relationships and sex education. *Sex Education*, 20(6), 675–691. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1732337>

Trub, L., Doyle, K. M., Hubert, Z. M., Parker, V., & Starks, T. J. (2022). Sexting to sex: Testing an attachment based model of connections between texting behavior and sex among heterosexually

active women. *Computers in Human Behavior*, 128, 107097. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107097>

Weisskirch, R. S., Drouin, M., & Delevi, R. (2017). Relational Anxiety and Sexting. *The Journal of Sex Research*, 54(6), 685–693. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1181147>