

Link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/ 2023

SOMMARIO

Edit

5 VITO TUMMINO

Focus

9 Il ruolo della psicologia nell'Italia post-Covid:
una riflessione sull'evoluzione dell'identità professionale in questo tempo di crisi
PIETRO MADERA, SEBASTIANO ZANETTI

Strumenti

16 Tecnologie basate su Intelligenza Artificiale a supporto dei trattamenti psicologici
per i Disturbi dello Spettro Autistico
SANTO DI NUOVO, MARIA GRAZIA COSTANZO, ROSSANA SMERIGLIO

Una storia clinica

29 Antonella: un caso di disturbo del comportamento alimentare in un'adolescente con
NF1 ai tempi del Covid-19
POLITO, A. N., SCIRANO, A.

Riflessioni

34 Evidenza scientifica in deontologia
CATELLO PARMENTOLA, ELENA LEARDINI

Ricerche

40 La valutazione degli esiti della psicoterapia in un centro di salute mentale
GIANUARIO BUONO, SARA DE LAURENTIS

53 Associazione centro trauma ippocampo: un'esperienza sul campo durante la pandemia
da Covid 19
FUNARO A., AIELLO G., ALBO N., ALFANO S., FILIPPO E., IMBROINISE F., LIRANGI C.,
MAUTI M., MINIACI R., POSCA F., VESPASIANO S., VETERE P., ZUPO M.F.

Società

58 Nome-del-padre e amore del papà
ROBERTO POZZETTI

67 Il mito di Metis: meticcio del corpo e degli affetti
MARISA D'ARRIGO

Emozioni

73 Nostalgia: risorsa esistenziale. Percorso temporale degli affetti tra passato e presente
MARIANNINA AMATO

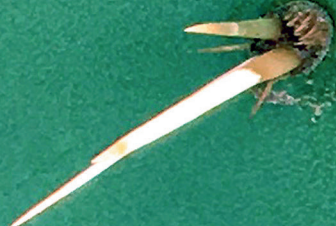
Link art

9 Picasso e l'atrocità della guerra
ROSA DE ROSA

Convegni/ Congressi

83

Link





Direttore responsabile
Mario Sellini

Redazione
Vito Tummino (Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISP);
Giovanna Colombo, Eleonora Riva, Sara Scacchetti,
Erica Segat

Segreteria
Eleonora Riva, Sara Scacchetti

Comitato scientifico
Anita Caruso, Anna Costantini, Isabel Fernandez, Mara Donatella Fiaschi, David Lazzari, Antonio Loiacono, Francesco Macrì (Segretario nazionale della FISM, Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche), Lorraine Mangione (Department of Psychology Antioch University, New England, USA), Fabio Monticelli, Mario Sellini (Presidente Società Scientifica Form AUPI)

Redazione Como
Studio di Psicologia
Via Rusconi 21
22100 Como
e-mail: redazionelink2@gmail.com

Redazione Roma
Sede FormAupi
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

Art director/ disegni
Andrea Rosso
(andrearossocomo@gmail.com)

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como

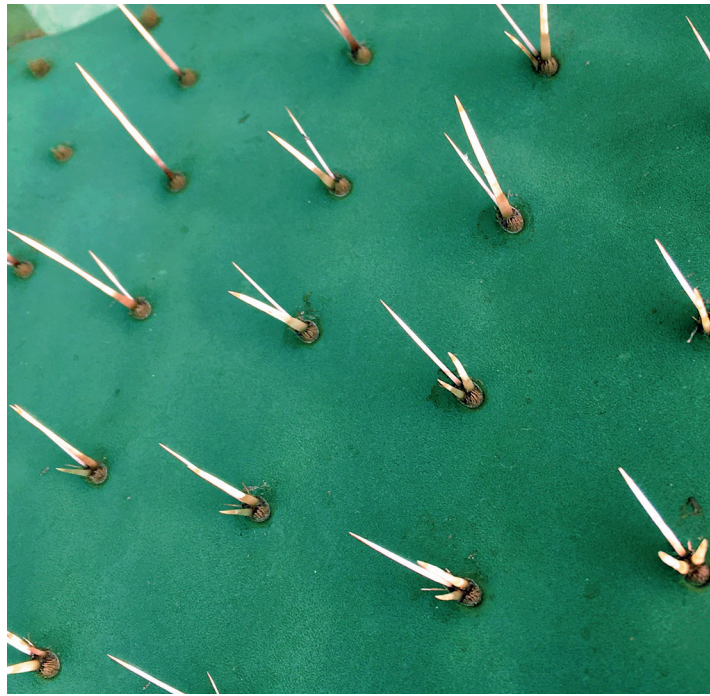
Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Stampa
Poligraf Srl Pomezia
tel. 06.9106822

ISSN 2611-6758
Link

Link Volume 1/ 2023 – Poste Italiane
SpA – Spedizione in abbonamento
postale – 70% - C/RM/DCB

Editore: Associazione Unitaria Psicologi Italiani A.U.P.I. Link rivista scientifica di psicologia - 1/2023. Redazione e sede legale: Roma, via Arenula 16 – Tel.06.6873819 – Fax 06.68803822. Tipografia: Po.li.graf Srl – via Vaccarella 41 – 00040 Pomezia (RM). Registrazione del Tribunale di Roma n.278 del 7/6/2002. Direttore Responsabile: Mario Sellini



Rivista della Società Scientifica FormAupi in collaborazione con la FISP - Federazione Italiana Società di Psicologia

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti di FORMAUPI e delle altre Società scientifiche FISP.

VOLUME 1/ 2023

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail a Vito Tummino (vitummino@gmail.com), responsabile di redazione.

I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

CODICE ETICO

La rivista adotta il Codice Etico secondo le linee guida del COPE.

NORME REDAZIONALI

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:

Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica, Sperimentazioni, Riflessioni, Emozioni, Link art.

Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.

Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve, introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campioni, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.

Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.

Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:

Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York. (trad. it. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità, Mediserve, Milano, 1993).

Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) *Discriminant analysis of clinical outpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (ed), *Cancro: percorsi di cura*, Meltemi, Roma, 27-49.

Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

■ La guerra di aggressione che la Federazione Russa ha iniziato contro le regioni del Donbass nel 2014 è sfociata nel febbraio di quest'anno in una nuova fase di guerra a tutto campo contro l'Ucraina.

Credo sia sentimento comune degli psicologi condannare tutte le violazioni del diritto internazionale e siamo solidali con tutti i colleghi ucraini e russi che lavorano per la pace. L'invasione russa dell'Ucraina genera una delle peggiori crisi umanitarie recenti e solleva questioni etiche e professionali per le Società Scientifiche. Come psicologi siamo infatti direttamente chiamati a operare per la prevenzione e la cura dei danni psicologici della guerra. Le Società Scientifiche della FISP (Federazione Italiana Società di Psicologia) stanno aiutando, secondo le specifiche competenze, coloro che a vario titolo sono coinvolti nelle atrocità del conflitto (<https://www.psy.it/psicologi-per-emergenza-guerra>).

Il fine ultimo della nostra professione è la ricerca del benessere dell'individuo e della collettività. Questo significa che gli Psicologi, sia Ucraini che Russi, non potranno mai approvare la guerra o il conflitto violento perché vanno nella direzione della sofferenza umana e della distruzione. L'Assemblea dell'Unione Internazionale delle Scienze Psicologiche e l'Assemblea dell'Associazione Internazionale di Psicologia Applicata, nel luglio 2008 a Berlino, hanno sottoscritto la Dichiarazione Universale dei diritti psicologici che nel preambolo recita: «Psychologists are committed to placing the welfare of society and its members above the self-interest of the discipline and its members». Il Meta, codice europeo dell'EFPA approvato dall'Assemblea Generale di Granada nel Luglio 2005, all'art. 2.1 richiama al rispetto dei diritti e della dignità della persona. Queste risoluzioni delle nostre rappresentanze europee e mondiali definiscono l'opposizione radicale degli psicologi alle politiche di violenza.

In un contesto come quello attuale in cui il dialogo e lo scambio professionale risultano essere fondamentali per le relazioni e la condivisione di esperienze, segnalo un fatto a mio parere increscioso: il primo giugno 2022 le Associazioni membri dell'EFPA hanno votato per l'espulsione della *Russian Psychological Society* dall'EFPA. È il modo giusto di rispettare le norme deontologiche che ci siamo dati? Di cosa si sono resi responsabili gli psicologi russi?

Una collega russa mi scrive nell'aprile di quest'anno (ometto i dati per proteggerla da possibili ritorsioni):

«Caro Vito!

Scusa se non ho risposto subito alla tua lettera. È così difficile trovare le parole per esprimere i miei sentimenti e il mio atteggiamento nei confronti di ciò che sta accadendo. Sentimenti di colpa, vergogna e dolore infinito per ciò che viene fatto per conto del mio Paese. Purtroppo non possiamo cambiare la situazione. In Russia è diventato pericoloso anche solo dire: io sono per la pace! Qui puoi andare in prigione se esprimi critiche sul fatto che il nostro Paese ha iniziato una guerra. E inoltre, la propaganda è così forte che molte persone non capiscono cosa stia realmente accadendo, credono alle orribili bugie che vengono trasmesse attraverso i canali di informazione ufficiali.

Sembra tutto un brutto sogno o un film spaventoso. Voglio svegliarmi. Ma svegliarsi ogni mattina non porta sollievo. Molti dei miei amici sono traumatizzati e depressi. Non vogliamo la guerra. Ma anche parlarne è pericoloso. Solo una persona prende decisioni, sai chi. Siamo tutti ostaggi.

Ti sono molto grata per la tua lettera e il tuo supporto, è molto prezioso. Sarò felice se continuiamo a comunicare e trovare opportunità di collaborazione...».

In questo contesto, come guardiamo il mondo? Con disperazione o con fiducia per il futuro? Oggi come non mai la speranza è un sentimento difficile a cui fare spazio dentro di noi e collettivamente difficile da costruire: tutto sembra indurci alla rassegnazione e al pessimismo.

Da quando, alla fine degli anni '80, ho iniziato la mia professione di psicologo, non ho mai assistito a così tanti problemi sociali devastanti e contemporanei: pandemia, crisi economica e climatica e ora la guerra in Europa.

La rapida diffusione della disinformazione nei socialmedia, anche ad opera di governi, gli alti tassi di violenza e di aggressività, il livello crescente di problemi di salute mentale, il razzismo sistemico in corso contro i rifugiati, sono esempi di disordine sociale e culturale accompagnati a estremizzazione delle posizioni ideologiche e di

conflitto tra visioni irrealistiche ed esame di realtà (vedi battaglia dei no-vax contro la Scienza). Ricordo le sagge parole di Franco Fornari secondo cui una situazione di sfiducia verso le istituzioni – e oggi in particolare contro le istituzioni scientifiche – comporta un aumento dell'angoscia individuale e collettiva con la conseguente riduzione del sentimento di protezione.

Nell'affrontare i problemi che abbiamo davanti, può essere facile confondere la loro complessità con l'impossibilità di risolverli. Tuttavia, la mia esperienza clinica mi ha insegnato che anche le sfide più grandi possono essere risolte con il giusto atteggiamento di collaborazione e di unità del mondo scientifico e professionale: solo impegnandoci nella diffusione delle conoscenze e delle buone pratiche professionali, la Psicologia può contribuire a sollecitare una "resilienza collettiva".

La crisi connessa al conflitto in corso sfida la società in molti modi, comprese le decisioni su quali siano le migliori risposte basate su principi umanitari, storia, ideologia e ragioni pratiche.

Le Società scientifiche e professionali attraverso la formazione e la ricerca offrono ai decisori percorsi di gestione sociale della crisi collettiva di perdita di fiducia e di speranza per il futuro. La sfida della Psicologia è di confrontarsi con il sociale e con le realtà politiche offrendo strumenti e impegno per servire meglio la comunità umana. L'Articolo 3 del nostro Codice deontologico recita: «Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità. In ogni ambito professionale opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace...».

Le Società scientifiche sono dunque impegnate a promuovere la produzione di conoscenze specifiche relative a comportamenti individuali e collettivi al fine di affrontare questioni sociali e crisi umanitarie che minano il benessere psicologico di individui e collettività.

Queste le domande che interrogano le Società scientifiche e le Organizzazioni professionali degli psicologi:

1. come la Psicologia può rispondere e contribuire ad alleviare gli effetti di tali crisi;
2. quali sono gli esempi di intervento psicologico e/o iniziative specifiche;
3. quali sono le implicazioni dei possibili interventi;
4. quali iniziative per affrontare uno stato di stress traumatico collettivo.

In questo numero di *Link* nella sezione **Focus** ospitiamo un articolo di P. Madera e S. Zanetti (*Il ruolo della psicologia nell'Italia post-covid: una riflessione sull'evoluzione dell'identità professionale in questo tempo di crisi*) che ci conduce a una nuova visione dell'agire della Psicologia: come invertire la in-cultura sociale diffusa, focalizzata sull'interesse personale e sulla propria nicchia di appartenenza etnica, di classe e/o ideologica, per orientarsi verso la promozione di uno spirito di comunità solidale, empatica, collaborativa e inclusiva? Nonostante il profondo crollo dell'impegno civico e dell'azione collettiva che sta caratterizzando la società attuale è proprio questa la sfida della pratica psicologica: promuovere una nuova cornice per sviluppare la funzione di cambiamento sociale che la Psicologia può avere.

Nella sezione **Strumenti** Santo Di Nuovo, Maria Grazia Costanzo e Rossana Smeriglio nel loro articolo (*Tecnologie basate su Intelligenza Artificiale a supporto dei trattamenti psicologici per i Disturbi dello Spettro Autistico*) ci presentano una rassegna scientifica su come siano stati sperimentati con successo alcuni dispositivi tecnologici di intelligenza artificiale, realtà virtuale, robotica, progettati per la regolazione e autoregolazione dei processi cognitivi, delle emozioni e dei comportamenti. I dati di ricerca qui presentati dimostrano che gli strumenti sono più efficaci se possono essere inseriti all'interno di una programmazione individualizzata, fondata su validi e sperimentati modelli psicologici, ad esempio le applicazioni nel campo dei disturbi dello spettro autistico.

La **Storia clinica** di questo numero (*Antonella: un caso di disturbo del comportamento alimentare in un'adolescente con NF1 ai tempi del Covid-19*), a firma di Polito, A.N. e Scirano, A., ci presenta il caso di una persona con diagnosi a 10 anni di

Neurofibromatosi e una valutazione psicodiagnostica con molteplicità di sintomi, che dopo un anno di terapia individuale e familiare sta molto meglio e continua ad utilizzare ciò che ha appreso durante il suo percorso: un dialogo interno molto più flessibile e in grado di riconoscere i “campanelli di allarme” attraverso tecniche di *mindfulness* e *self-compassion*.

Nella sezione **Riflessioni** C. Parmentola ed E. Leardini ci introducono al complesso sistema di valutazione della *Evidenza scientifica in deontologia*. Vengono presi in esame termini vissuti dal terapeuta nel suo agire tra etica attiva ed etica passiva, deroga tecnico-professionale e deroga deontologica nei passaggi in cui avverte disagio e criticità nella continuità della cura: è la deontologia che ci guida nell’assumere la responsabilità di affermare qualcosa di sicuro e di fornire una trasparenza formale in riferimento alla clinica.

La sezione **Ricerche** ospita due contributi. Il primo, a firma di G. Buono, S. De Laurentis (*La valutazione degli esiti della psicoterapia in un centro di salute mentale*) ci racconta come in un servizio pubblico si possa costruire un percorso efficace di psicoterapia basato sulle evidenze. La ricerca sugli esiti o *outcome* è di fondamentale importanza in psicoterapia perché consente di fornire prestazioni sempre più idonee alle richieste di cura: è proprio quello che hanno fatto i colleghi includendo nella ricerca varie “psicoterapie”. Lo studio evidenzia, con grafici e misurazione di parametri oggettivi, come il lavoro psicoterapeutico nel servizio pubblico di un centro di salute mentale, può non solo migliorare la qualità dell’offerta di cura, ma incidere sull’efficacia della stessa a lungo termine.

Il secondo articolo (*Un’esperienza sul campo durante la pandemia da Covid-19*) curato da vari autori (Funaro A., Aiello G., Albo N., Alfano S., Filippo E., Imbroinise F., Lirangi C., Mauti M., Miniaci R., Posca F., Vespasiano S., Vetere P., Zupo M.F.) descrive i risultati emersi con l’applicazione del questionario “Psycho-Covid-19” che ha confermato un quadro di emergenza sul piano della salute mentale. L’analisi statistica ha evidenziato che i sintomi emersi sono sovrapponibili a quelli dei quadri post traumatici e inoltre che la pandemia potrebbe avere effetti a lungo termine sulla salute mentale.

Anche la sezione **Società** ospita due contributi. Il primo, di R. Pozzetti (*Nome-del-padre e amore del papà*) ci accompagna in un percorso sulle due grandi questioni della psicoanalisi: la nascita e la genitorialità in una visione lacaniana.

Il secondo (*Il mito di Metis: meticciano del corpo e degli affetti*), di M. D’Arrigo, riprende il mito greco di Metis: nella metafora di integrazione/rigetto considera, in un’ottica junghiana, temi attuali quali migrazione, trapianto d’organo, adozione e concepimento, gravidanza.

Troviamo nella sezione **Emozioni** un articolo di M. Amato (*Nostalgia: risorsa esistenziale. Percorso temporale degli affetti tra passato e presente*) che mostra come l’etimologia sia il viatico per iniziare il viaggio nelle emozioni suscitate dal termine nostalgia al quale si sono attribuiti nel tempo significati e coloriture di segno diverso, investendo ora il campo della psicopatologia (il pessimismo cosmico, la tristezza e il senso della perdita...) ora quello dell’antropologia (il viaggio esistenziale alla ricerca di senso, l’esilio, l’emigrazione...).

Infine, per **Link Art** di questo numero Rosa de Rosa (*Picasso e l’atrocità della guerra*) ci propone di tornare a guardare – con la sensibilità fattasi più acuta per l’orrore di questo ennesimo conflitto – l’opera che per sintesi, impatto visivo e risposta emotiva rappresenta tragicamente tutte le violenze del mondo. Nell’invitarci a cogliere le potenti innovazioni semantiche della raffigurazione, l’autrice ci ricorda che «Guernica è la denuncia consapevole di un evento tragico che va oltre la cronaca, che diventa politica, è un manifesto universale contro la cieca forza della guerra, un’amara riflessione sul dolore inevitabilmente associato al potere».

VITO TUMMINO

link
■ focus



Il ruolo della psicologia nell'Italia post-Covid: una riflessione sull'evoluzione dell'identità professionale in questo tempo di crisi

The role of psychology in post-Covid Italy: a reflection on the evolution of professional identity in a time of crisis

PIETRO MADERA*, SEBASTIANO ZANETTI**

Quale contributo la Psicologia italiana può dare al nostro Paese e al suo sviluppo in questo tempo di crisi? La riflessione proposta dall'articolo si incardina su tre aspetti chiave per ripensare e attualizzare l'identità professionale recuperandone la vocazione sociale innata, assumendone la conseguente responsabilità nei confronti dei cittadini e della società e per ultimo declinandone le conoscenze e competenze al servizio delle istituzioni e dei loro processi di decision-making. In questa prospettiva, la crisi diventa un'opportunità per esercitare la funzione di cambiamento sociale della Psicologia e per far emergere il suo valore etico e politico al servizio della comunità e del bene comune.

PAROLE CHIAVE: crisi, ruolo, psicologia

Stiamo vivendo un momento storico molto complesso, costellato a livello mondiale da crisi di tipo sanitario, politico, energetico, economico, ambientale e sociale. Prendendo a prestito un termine moriniano, stiamo assistendo ad una "policrisi", che si ripercuote a cascata in cambiamenti a tutti i livelli della società, imponendo una riflessione su quali paradigmi saranno protagonisti in questa epoca. In particolare, per noi psicologi è necessario ripensare e riaffermare la nostra identità professionale al fine di far emergere il nostro valore etico, politico e sociale a servizio delle persone. Pertanto, il presente articolo si svilupperà lungo tre direttrici principali, chiavi di volta per rispondere in modo puntuale e coerente alle esigenze attuali del Paese, in un'ottica di ripristino di un nuovo equilibrio individuale e collettivo e di valorizzazione della professionalità e delle competenze degli psicologi.

1. Abitare la complessità

La categoria della crisi è parte irrinunciabile del nostro bagaglio. L'etimo greco si riferisce ad un termine presente nella medicina ippocratica per indicare un punto decisivo di cambiamento che si verifica durante una malattia, di cui solitamente risolve il decorso in senso favorevole o sfavorevole. In ambito psicologico, si riferisce a un momento della vita caratterizzato dalla "rottura dell'equilibrio precedentemente acquisito e dalla necessità di trasformare gli schemi abituali di comportamento che si rivelano non più adeguati a far fronte alla situazione presente" (Galimberti, 1992). Ogni crisi implica quindi minaccia, incertezza, urgenza, disfacimento o frattura del

tempo organizzato, complessità, minacce per gli obiettivi considerati prioritari, ridotto intervallo di tempo per reagire, conseguenze inattese o impreviste. Una crisi implica inoltre una situazione non ben definita in cui le risorse sono inadeguate ad affrontarla: pertanto, in un primo momento, i meccanismi di difesa appaiono inadeguati a svolgere la loro funzione protettiva, fino al punto in cui non sono più operanti. A questa condizione seguirà una rottura omeostatica, ovvero la fine degli equilibri interni precedenti. Il soggetto o il sistema in crisi, se sostenuto, può attingere alle risorse interne ed esterne di cui dispone per creare forme di vita nuove, allo stesso tempo funzionali e soddisfacenti. Al contrario, in condizioni di isolamento o svantaggio socio-economico, potrebbe tentare di affrontare il sentimento della sopraggiunta inefficienza con un progressivo irrigidimento difensivo, finendo per ritrovarsi in una vera e propria cristallizzazione di schemi mentali e di modalità comportamentali o relazionali. Oppure è plausibile una regressione a meccanismi di funzionamento infantili e più primitivi, il cui scopo è semplificare la realtà e/o delegare all'altro la responsabilità di trovare delle soluzioni che possano ristabilire un nuovo equilibrio. La ricerca ci aiuta, ad esempio, a evidenziare questi meccanismi come sentimenti di mancanza di controllo (Whitson & Galinsky, 2008; van Prooijen & Acker, 2015), di impotenza (Abalakina-Paap et al., 1999), incertezza (Bale, 2007; van Prooijen, 2016; van Prooijen & Jostmann, 2013) e alienazione (Abalakina-Paap et al., 1999; Goertzel, 1994), che sono particolarmente acuti durante i periodi di avversità, ad esempio legati a condizioni climatiche estreme o a carestie (Hogg, 2007), che hanno sempre fatto da sfondo al fiorire di conflitti intergruppi e teorie del complotto. Seguendo Douglas e colleghi (2017), essi contribuiscono a soddisfare motivazioni epistemiche (comprendere il proprio ambiente), esistenziali (sentirsi al sicuro) e sociali (mantenere un'immagine positiva di sé e del proprio gruppo). Da una prospettiva psicodinamica, si può osservare come la nemicizzazione dell'altro, come interpretazione fortemente emotiva della realtà, basata su categorie di significato fortemente generalizzate e omogeneizzanti (lo schema amico/nemico), possa essere intesa come una strategia di base adottata dal sistema cognitivo per dare senso al mondo quando questo si presenta come troppo complesso, incerto, opaco, al di fuori non solo del proprio governo, ma anche della possibilità di rappresentarlo (Salvatore, Mannarini et al., 2019; Salvatore, Palmieri et al., 2019). Lo schema amico-nemico consente infatti di ridurre drasticamente la variabilità ambientale alla distinzione a un grado di libertà tra essere o non essere altro da noi; una distinzione che, individuando oggetti persecutori ("i politici", "i cinesi", "gli immigrati") o salvifici (i legami di appartenenza, identità nazionale), orienta il senso dato a chi siamo, con chi dobbiamo combattere e verso quale direzione. In questo panorama miti e idoli del passato appaiono più duri a tramontare, interiorizzati al pari di riflessi condizionati. Se comprendiamo questa domanda di senso e di identità, capiamo anche che non possiamo "risolvere" il problema dei no-vax (né quello della discriminazione di ogni tipo di diversità – nazionale, di genere, di orientamento sessuale o credo religioso – per citare altre forme in cui lo schema amico/nemico si esprime) immaginando terapie per il singolo; dobbiamo sostenere – presso politici e istituzioni – la comprensione della domanda di senso che essi segnalano; una domanda tanto più profonda, quanto più la transazione con l'ambiente appare incerta, i problemi poco rappresentabili, le alternative per affrontarli indisponibili. Si tratta, sul piano dell'intervento, di superare la scissione del pensiero dicotomico e di accompagnare la società in un processo di trasformazione in cui sia possibile abitare la complessità, tenere insieme gli opposti, accogliere l'incertezza del "non essere più" e del "non essere ancora" rifuggendo la semplificazione come tentazione risolutiva degli stati d'angoscia. La complessificazione del mondo oggi esige un'attitudine al pensiero complesso per poter prendere decisioni; semplificando la realtà si finisce per mutilarla e ostacolare la sua comprensione, con il risultato di pregiudicare la definizione e la soluzione dei problemi.

Il soggetto o il sistema in crisi, se sostenuto, può attingere alle risorse interne ed esterne di cui dispone per creare forme di vita nuove, allo stesso tempo funzionali e soddisfacenti. Al contrario, in condizioni di isolamento o svantaggio socio-economico, potrebbe tentare di affrontare il sentimento della sopraggiunta inefficienza con un progressivo irrigidimento difensivo, finendo per ritrovarsi in una vera e propria cristallizzazione di schemi mentali e di modalità comportamentali o relazionali

2. Traghettonare da un assetto all'altro

Un esempio concreto e calzante della semplificazione è la scotomizzazione dell'aspetto positivo racchiuso nello stesso concetto di crisi. Socialmente, infatti, appare molto rivestito da un alone di negatività e considerato come qualcosa da evitare, da allontanare al più presto, e sicuramente da temere, in quanto può evolvere nella direzione peggiore, piuttosto che nella direzione costruttiva e positiva. Tuttavia, l'emergere di una crisi indica la comparsa di un momento cruciale nel percorso

Allontanandoci dal pregiudizio individualistico storicamente dominante nella psicologia, è possibile prendere in considerazione la possibilità di eleggere a target di intervento i sistemi comunitari all'interno dei quali le persone pensano, valutano, agiscono la loro esperienza e maturano modelli di interpretazione della propria identità sociale

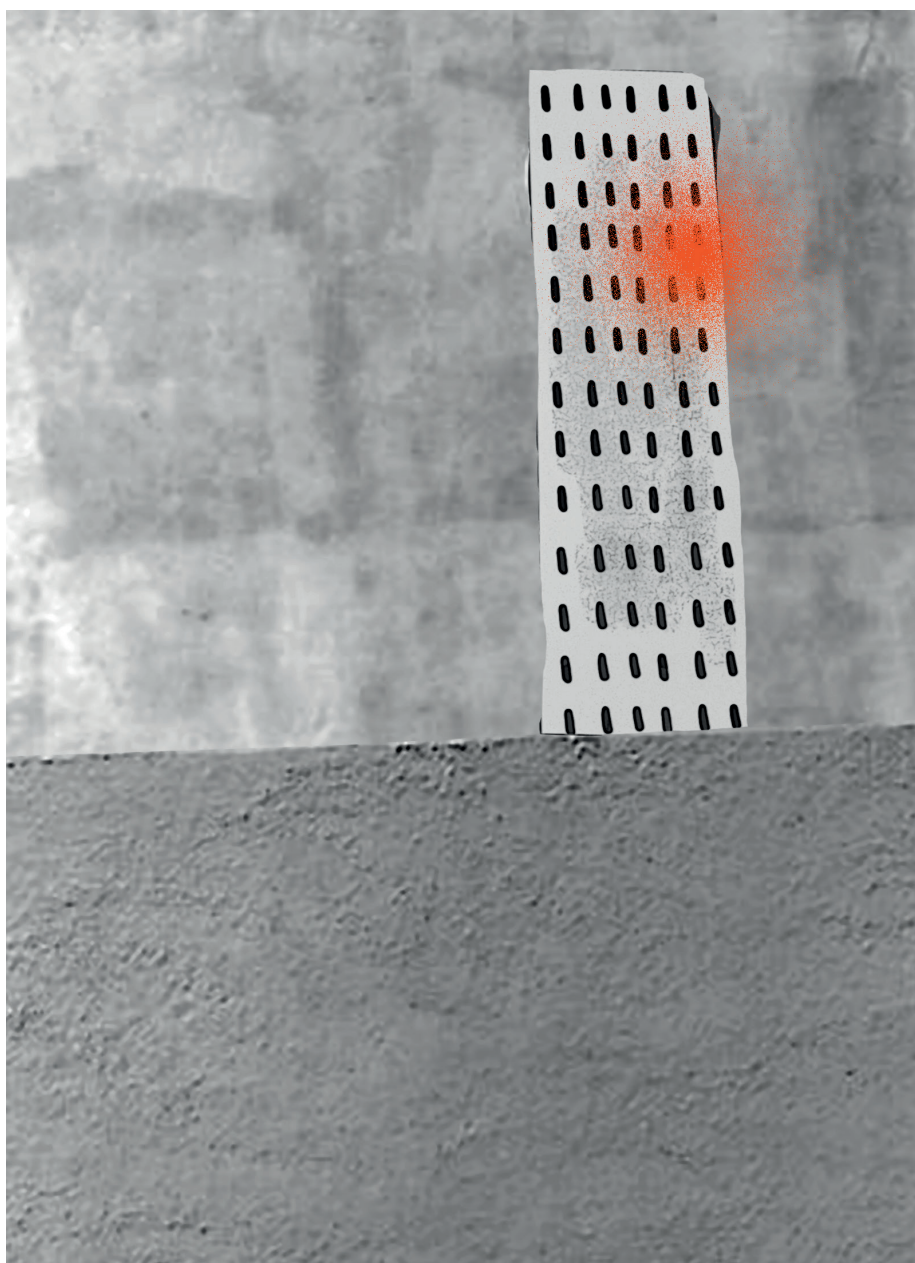
evolutivo di una persona o di un sistema, che partendo da un "pericolo", da una sofferenza, può riconoscere l'opportunità di un cambiamento. Lo stress derivante dalla crisi può favorire lo sviluppo del sistema, offrendo agli individui che ne fanno parte l'opportunità di apprendere e cambiare. Il concetto di crisi come preziosa opportunità di crescita evidenzia anche l'importanza di affiancare alla visione "patologizzante" della psicologia un approccio biopsicosociale che si concentri sulla salute globale della persona nel suo ambiente, ponendo l'accento sulla promozione della salute e dello stato di benessere soggettivo, intesi come autorealizzazione, esplorazione del nuovo, ancor più che sulla prevenzione della malattia e dello stato di malessere (Zani e Cicognani, 2000). Il punto focale di riferimento è, quindi, rappresentato dalle risorse più o meno nascoste, piuttosto che dalle patologie più o meno manifeste. La conseguenza sul piano applicativo è quella di privilegiare una sollecitazione e una valorizzazione delle prime, piuttosto che una correzione o una rimozione delle seconde (Braibanti, 2004). In questa prospettiva, particolare attenzione viene data al concetto di benessere, non semplicemente inteso come vigore psicofisico, ma riferito a uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948), discendente da condizioni socio-culturali soddisfacenti, che passano necessariamente attraverso la ricerca di un equilibrio e armonia interiori e di forme relazionali appaganti (Mazzoleni, 2004). Un concetto più ampio, dunque, che fa riferimento ai livelli di soddisfazione psico-sociale e che porta l'attenzione sulle dimensioni etiche del benessere, inteso come dimensione relazionale di un soggetto in crescita e in evoluzione attiva verso condizioni positive di vita (Ibidem, 2004). Un benessere concettualizzato non come fenomeno statico, ma come realtà dinamica in cui le condizioni relazionali sono in continua evoluzione e non sono mai acquisite in modo definitivo, poiché dipendono dal ciclo di vita (individuale e familiare) che richiede il continuo superamento di eventi critici, attraverso la mobilitazione di risorse, nella ricerca di forme relazionali sempre nuove, adattive e soddisfacenti per le mutate condizioni di crescita (Ibidem, 2004). Il benessere non è quindi inteso come uno 'stato', ma come una capacità 'reattiva' rispetto a fattori che hanno in sé la potenzialità di indurre malessere; non è dato dalla semplice assenza di tali fattori critici, ma piuttosto da un equilibrio dinamico con l'ambiente in cui il soggetto si misura costantemente con fattori di malessere, superati in virtù di risorse e capacità adeguate e ben gestite (Ibidem, 2004). Già nel 1957 Anthony Foulkes scriveva: "Il disturbo che vediamo davanti a noi, materializzato in un certo paziente, è di fatto l'espressione di un equilibrio disturbato in un campo totale di interazione che coinvolge un certo numero di persone diverse (...) d'ora in avanti, infatti, pur essendo localizzati in un individuo, considereremo i sintomi espressione della sofferenza di un'intera rete gruppale (plexus)" (Foulkes, 1957: 46). E più tardi: "(l'individuo è) Un pezzo di un puzzle" formato ma anche 'deformato', dalle condizioni caratterizzanti la rete in cui è nato e cresciuto." (Foulkes, 1974: 275). Foulkes annuncia una rivoluzione, che non investe solo il modo di concepire la funzione psicoterapeutica, ma – più profondamente – un modo di guardare alla mente: il mondo interno individuale viene concepito come elemento di una dinamica psicologica che emerge dall'interazione di dimensioni familiari, transgenerazionali, istituzionali e socioculturali. Pertanto, allontanandoci dal pregiudizio individualistico storicamente dominante nella psicologia, è possibile prendere in considerazione la possibilità di eleggere a target di intervento i sistemi comunitari all'interno dei quali le persone pensano, valutano, agiscono la loro esperienza e maturano modelli di interpretazione della propria identità sociale. In tal senso, è necessario invertire la rotta del tessuto sociale focalizzata sull'interesse personale e sulla propria nicchia di appartenenza, e orientarsi verso la promozione di un senso di comunità, fondato su valori condivisi come la solidarietà, l'empatia, la partecipazione, l'inclusione, in modo da ritrovare le radici comuni che legano il benessere individuale al benessere collettivo. Il compito di riconoscere e dare rilevanza al rapporto tra la sfera individuale e quella sociale dell'esperienza appare dunque arduo, come dimostra, ad esempio, il profondo crollo dell'impegno civico e dell'azione collettiva che ha caratterizzato le recenti elezioni. Tuttavia, è proprio in questa cornice che si può inserire, sviluppare ed esercitare la funzione di cambiamento sociale della psicologia. In alcuni recenti contributi è emerso come, superata la fase acuta della pandemia, la gestione della crisi richieda risorse simboliche capaci di riconoscere l'interesse collettivo come qualcosa che conta e di utilizzare quindi il riferimento a un bene comune astratto, come regolatore saliente del proprio modo di

sentire, pensare e agire (Venuleo, Gelo, & Salvatore, 2020). Questa risorsa simbolica, che possiamo definire “capitale semiotico” (Salvatore et al., 2018), può sostenere evidentemente l’adozione di comportamenti e atteggiamenti coerenti non solo con il contenimento dell’emergenza sanitaria, ma anche con altri temi e problemi collettivi, come il cambiamento climatico, la disuguaglianza nella distribuzione globale nelle risorse economiche, i processi di esclusione dell’Altro da sé, i conflitti interetnici e le sfide di integrazione. Pertanto, la psicologia può sostenere la trasformazione sociale attuale facendosi promotore di una cultura della salute mentale come bene collettivo, volano per lo sviluppo della comunità. In questo senso, la psicologia deve essere sempre più un agente di cambiamento, un contributo attivo al miglioramento del tessuto sociale, economico e innovativo del Paese. Occorre che divenga uno strumento per costruire un nuovo sistema di coesione sociale, in virtù della sua sensibilità e competenza. In tal senso, sarebbe auspicabile un intervento strutturale nel contesto istituzionale dove, alla luce di quanto già espresso, la psicologia possa guidare e sostenere una leadership improntata al cambiamento favorendo una lettura dinamica e articolata del contesto al fine di supportare un processo di decision-making più aderente alla realtà e maggiormente coerente alle esigenze della società.

3. Responsabilità sociale

Purtroppo, attualmente gli psicologi italiani non hanno la possibilità di scoprire e approfondire gli aspetti sociali del proprio lavoro e quindi non si interessano, se non marginalmente, alla funzione sociale della propria professione, considerandola erroneamente in eccesso se non superflua rispetto al mandato privato che ricevono dalla loro formazione prima, e dai loro clienti. Lo psicologo rimane quindi un professionista per lo più investito privatamente riguardo la sua funzione e molto poco socialmente. Tuttavia, in quest’ottica è opportuno riappropriarsi del concetto di responsabilità sociale, già espresso al primo comma dell’art. 3 del vigente Codice Deontologico degli Psicologi Italiani: «Lo Psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell’individuo, del gruppo e della comunità». L’uso, all’interno di questa norma, del verbo “promuovere” indica chiaramente un atteggiamento professionale “attivo” che, dal punto di vista etico e deontologico, non può certo ritenersi soddisfatto nella semplice “non violazione” delle norme deontologiche presenti nel Codice, ma che contiene in sé anche la necessità sia di azioni proattive volte all’affermazione del benessere psicologico delle persone e della comunità, sia di motivazioni personali e professionali coerenti con il raggiungimento degli obiettivi sottostanti. Questa formulazione indica quindi l’ineludibile necessità di operare un’ulteriore fondamentale distinzione, ovvero quella tra una pura e semplice “etica passiva” e una ben più “dinamica”, e certamente di diverso livello qualitativo, “etica attiva”. Infatti, definiamo l’etica cosiddetta “passiva” come una semplice attenzione alla “non violazione” delle norme deontologiche. Al contrario, un’etica cosiddetta “attiva” implica che ogni psicologo abbracci profondamente la necessità di “contribuire al bene”, qualunque sia la propria cornice teorica di riferimento. L’etica, quindi, in tale concezione, non si definisce più solo come “non fare” cose contrarie a norme o principi deontologici, ma si trasforma in attività, fatta di azioni e parole, finalizzata alla promozione e al raggiungimento del benessere individuale e collettivo. Va sottolineato che l’agire etico ha ripercussioni che vanno ben oltre l’ambito estremamente soggettivo, in quanto come professionisti rappresentiamo una categoria e quindi ognuno di noi contribuisce ad accrescere e consolidare la reputazione sociale della psicologia mettendo in atto comportamenti coerenti con l’insieme di valori in cui si identificano la cultura, le finalità e il significato della nostra professione. Pertanto, la responsabilità sociale va intesa anche come la capacità di “rendere conto” (*accountability*) delle proprie azioni alla comunità professionale e ai cittadini, migliorando così la reputazione sociale e la fiducia nell’intero sistema della Psicologia. Significa essere in grado di rispondere delle proprie azioni, e questo implica che il professionista deve comprendere che l’azione di cui è responsabile, non solo deve essere collocata e compresa all’interno di quadri normativi, ma anche deve avere delle ricadute positive misurabili e utilizzabili da parte della comunità. In particolare, si tratta di basare il nostro agire professionale su evidenze scientifiche e svolgere puntualmente una valutazione degli esiti al fine di rispondere a criteri di appropriatezza, di efficacia ed efficienza. L’adozione di questa metodologia nella prassi quotidiana consente di definire concretamente la qualità del lavoro psicologico

È necessario distinguere tra una pura e semplice “etica passiva” e una ben più “dinamica”, e certamente di diverso livello qualitativo, “etica attiva”. Infatti, definiamo l’etica “passiva” come una semplice attenzione alla “non violazione” delle norme deontologiche. Al contrario, un’etica “attiva” implica che ogni psicologo abbracci profondamente la necessità di “contribuire al bene”, qualunque sia la propria cornice teorica di riferimento



e i benefici che esso può generare a livello personale, grupale, sociale e non ultimo amministrativo. Ciò garantisce la possibilità di interfacciarsi e dialogare con i decisori politici e stakeholder locali che necessitano di un riscontro “oggettivo” su cui basare le proprie scelte. Inoltre, questa impostazione può contribuire a favorire in familiari, insegnanti, medici di base, *policy-makers* e figure che a vario titolo si preoccupano di contrastare il disagio, lo sviluppo di una cultura psicologica più “scientifica” e il superamento di stereotipi e pregiudizi legati alla delicatezza del disagio mentale, che a differenza di quello fisico porta con sé uno stigma, scrupoli e ritrosie. Infine, valorizza il ruolo e le competenze della Psicologia incoraggiando il miglioramento continuo della qualità dei servizi e il raggiungimento/mantenimento di elevati standard di cura, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

* Psicologo clinico, Responsabile UOS Psicologia Ospedaliera, Ospedale di San Bonifacio, AULSS 9 Scaligera, Verona. E-mail: pietro.madera@aulss9.veneto.it

** Psicologo clinico, specializzando in Psicoterapia, UOS Psicologia Ospedaliera, Ospedale San Bonifacio, AULSS 9 Scaligera, Verona. E-mail: sebastianozanettipsicologo@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

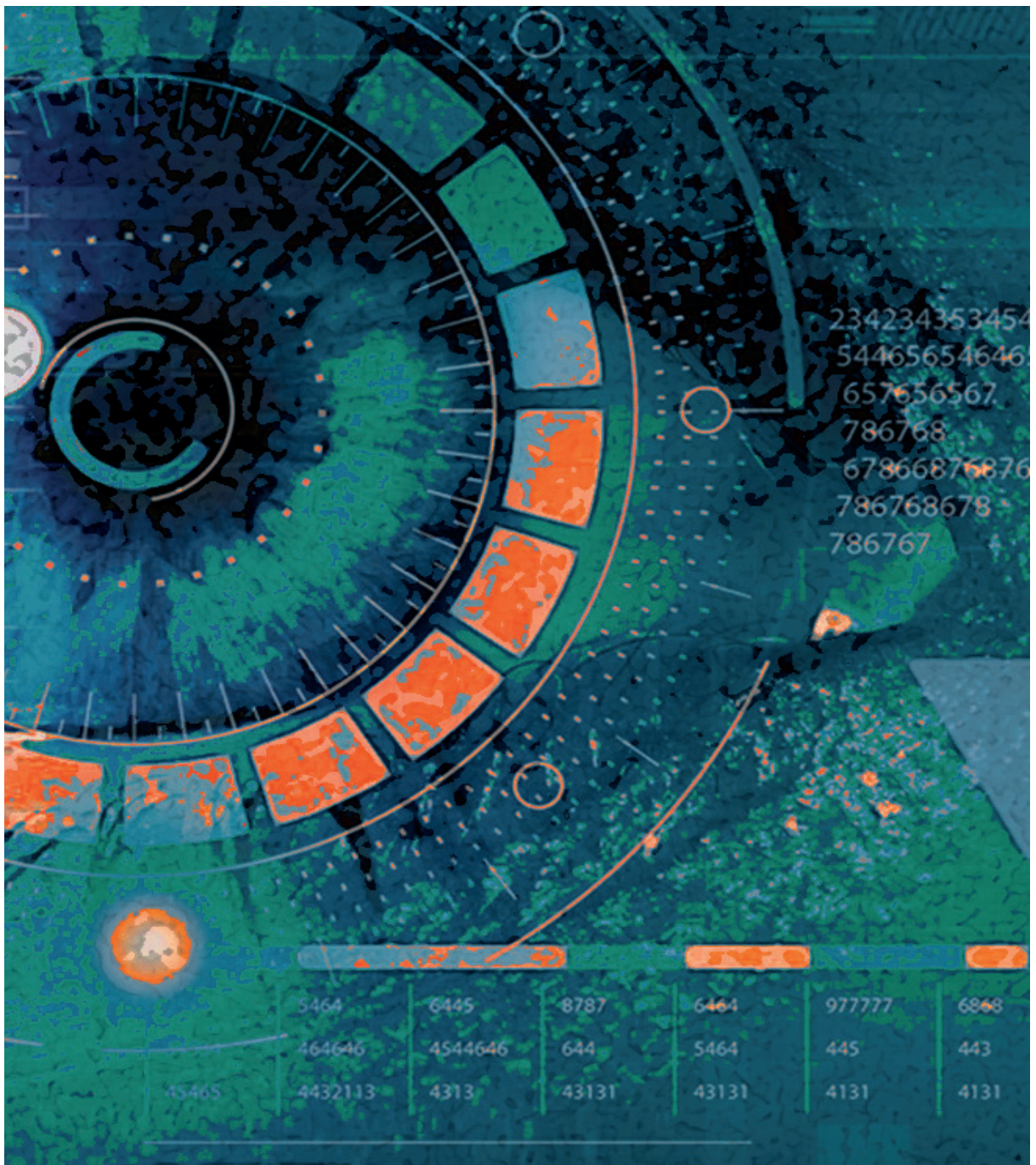
- Abalakina-Paap, M., Stephan, W.G., Craig, T., & Gregory W.L. (1999). Beliefs in conspiracies. *Political Psychology*, 20, 637-647. doi: 10.1111/0162-895X.00160
- Bale, J.M. (2007). Political paranoia v. political realism: On distinguishing between bogus conspiracy theories and genuine conspiratorial politics. *Patterns of Prejudice*, 41, 45-60. doi: 10.1080/00313220601118751
- Braibanti, P. (Ed.). (2004). *Pensare la salute: orizzonti e nodi critici della Psicologia della Salute* (Vol. 2). FrancoAngeli.
- Douglas, K.M., Sutton, R.M., & Cichocka, A. (2017). The psychology of conspiracy theories. *Current Directions in Psychological Sciences*, 26, 538-542. doi: 10.1177/0963721417718261
- Foulkes, S.H. (1957). Group-analytic dynamics with specific reference to psychoanalytic concepts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 7(1), 40-52.
- Foulkes S.H., (1974). My philosophy in psychotherapy. In *Foundations of Group Analysis for the TwentyFirst Century*, ed. J. Maratos (Routledge), 43-51
- Goertzel, T. (1994). Belief in conspiracy theories. *Political Psychology*, 15(4), 733-744. doi: 10.2307/3791630
- Hogg, M. A. (2007). Uncertainty-identity theory. In *Advances in experimental social psychology*, vol. 39, ed. M. P. Zanna (Elsevier Academic Press), 69-126. doi: 10.1016/S0065-2601(06)39002-8
- Mazzoleni, C. (2004). *Empowerment familiare. Il lavoro psicosociale integrato per promuovere benessere e competenze*. Edizioni Erickson.
- Salvatore, S., Fini, V., Mannarini, T., Veltri, G. A., Avdi, E., Battaglia, F., et al. (2018). Symbolic Universes between present and future of Europe. First results of the map of European societies' cultural milieu. *PLoS One* 13: e0189885. doi: 10.1371/journal.pone.0189885
- Salvatore, S., Mannarini, T., Avdi, E., Battaglia, F., Cremaschi, M., Fini, V., ... & Veltri, G. A. (2019). Globalization, demand of sense and enemization of the other: A psychocultural analysis of European societies' sociopolitical crisis. *Culture & Psychology*, 25(3), 345-374. doi: 10.1177/1354067X18779056
- Salvatore, S., Palmieri, A., Pergola, F., & Andrisano Ruggieri, R. (2019c). *Trasformazioni sociali, affettivizzazione della sfera pubblica e ricerca di senso*. [Social transformations, affectivization of the public sphere and search for sense]. *Educ. Sci. Soc. Open Access J.*, 10, 206-255.
- Galimberti, U. (1992). *Dizionario di psicologia*.
- Van Prooijen, J.-W., & Jostmann, N.B. (2013). Belief in conspiracy theories: The influence of uncertainty and perceived morality. *European Journal of Social Psychology*, 43(1), 109-115. doi: 10.1002/ejsp.1922
- Van Prooijen, J.-W. (2016). Sometimes inclusion breeds suspicion: Self-uncertainty and belongingness predict belief in conspiracy theories. *European Journal of Social Psychology*, 46(3), 267-279. doi: 10.1002/ejsp.2157
- Van Prooijen, J.-W., & Acker, M. (2015). The influence of control on belief in conspiracy theories: Conceptual and applied extensions. *Applied Cognitive Psychology*, 29(5), 753-761. doi: 10.1002/acp.3161
- Venuleo, C., Gelo, O., & Salvatore, S. (2020). Fear, affective semiosis, and management of the pandemic crisis: Covid-19 as semiotic vaccine? *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 117-130. doi: 10.36131/CN20200218
- Whitson, J. A., & Galinsky, A. D. (2008). Lacking control increases illusory pattern perception. *Science*, 322, 115-117. doi: 10.1126/science.1159845
- World Health Organization (WHO). (1948). *World Health Organisation definition of health*.
- Zani, B., & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Il Mulino.

The role of psychology in post-Covid Italy: a reflection on the evolution of professional identity in a time of crisis

What contribution can Italian Psychology make to our country and its development in this time of crisis? The reflection proposed by the article hinges on three key aspects in order to rethink and actualise the professional identity by recovering its innate social vocation, assuming its consequent responsibility towards citizens and society, and finally by declining its knowledge and skills at the service of institutions and their decision-making process. In this perspective, the crisis becomes an opportunity to exercise Psychology's function of social change and to bring out its ethical, political value at the service of the community and the common good.

KEYWORDS: crisis, role, psychology

link ■ strumenti



Tecnologie basate su Intelligenza Artificiale a supporto dei trattamenti psicologici per i Disturbi dello Spettro Autistico

Technologies based on Artificial Intelligence supporting psychological treatment of Autism Spectrum Disorders

*SANTO DI NUOVO, MARIA GRAZIA COSTANZO, ROSSANA SMERIGLIO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE, UNIVERSITÀ DI CATANIA

PAROLE CHIAVE: autismo, intelligenza artificiale, trattamenti psicologici, robotica assistiva, realtà virtuale

Nella fase di crisi legata alla pandemia il ruolo della psicologia nel supportare la salute è transitato spesso sul piano tecnologico, ma è importante verificare quanto questo passaggio, già iniziato prima della pandemia, sia supportato scientificamente.

La rassegna fa il punto sulle recenti ricerche volte a verificare la usabilità, accettabilità e l'efficacia delle tecnologie basate sull'Intelligenza Artificiale e mirate a supportare il trattamento psicologico dei Disturbi dello Spettro Autistico (ASD).

Le sperimentazioni si avvalgono di strumenti di uso comune, come smartwatch, tablet e Ipad, appositamente programmati per interventi specialistici, ma anche di tecnologie specifiche come la realtà virtuale o aumentata, e la Robotica Sociale Assistiva, che risulta essere specificamente adatta per interventi con persone ASD. I risultati di ricerca dimostrano che gli strumenti sono tanto più efficaci quanto meglio possono essere inseriti all'interno di una programmazione individualizzata, fondata su validi e sperimentati modelli psicologici

1. Le tecnologie basate su Intelligenza Artificiale funzionano, e sono usate, in modo intelligente?

Si diffonde sempre più, anche nel nostro Paese, l'uso di tecnologie che usano l'Intelligenza Artificiale (IA) e le reti neurali per supportare interventi clinici e terapeutici con diverse tipologie di utenti, dai disturbi del neurosviluppo alle patologie post-traumatiche o croniche, fino al decadimento cognitivo nell'anziano. Queste tecnologie vengono però percepite spesso come "efficaci di per sé", cioè come capaci di tradurre fedelmente in pratica in modo standardizzato gli obiettivi prefissati, bypassando la "scatola nera" costituita dalla mente dell'utente e di chi se ne prende cura e le molteplici variabili ad essa connesse. Questo può essere vero per certe tecnologie in uso in medicina: ad esempio, quelle che fanno diagnosi automatizzate o supportano interventi chirurgici di alta specializzazione; non lo è invece negli interventi che coinvolgono schemi cognitivi, emotivi e relazionali di

I soggetti con ASD spesso presentano comorbidità mediche o psichiatriche; il caso più comune di associazione è con Disabilità Intellettiva di vario livello.

Una grande diversità esiste tra le innovazioni tecnologiche utilizzabili: dai sensori, ai sistemi wireless e ai wearables, dagli assistenti ai robot. Specifiche ricerche hanno impiegato queste tecnologie per indagare la loro validità ed efficacia, e l'accettabilità da parte degli utenti e degli operatori

utenti e caregivers: schemi mentali che devono essere fatti evolvere parallelamente all'uso delle tecnologie stesse.

A tal fine, bisogna fondare scientificamente le applicazioni dell'I.A. su teorie psicologiche riguardanti la mente umana e le interazioni sociali, per favorirne:

- *Usabilità*: gradevolezza percepita, valutazione di utilità, disponibilità all'uso effettivo;
- *accettabilità* da parte degli utenti e dei committenti, al di là degli estremi quali fiducia acritica oppure timore pregiudiziale;
- *adattabilità* a variabili di personalità dei diversi utenti ed ambientali, relative cioè al contesto in cui vengono applicate;
- *generalizzabilità*, rispondendo alle domande: a che condizioni e in che contesti le tecnologie AI funzionano meglio? Possono essere adattate ai singoli soggetti, al loro livello di baseline? Consentono il monitoraggio e quindi l'aggiustamento continuo? Gli adattamenti avvengono automaticamente, o sono necessarie modifiche di programmazione? Possono gli stessi operatori fare ricerca e intervenire su questa validazione individualizzata?

Esemplificheremo questo tema di grande rilevanza scientifica e sociale mediante una rassegna di studi recenti che hanno approfondito l'uso di nuove tecnologie basate sull'Intelligenza Artificiale in un settore di grande attualità per l'intervento psico-sociale: il ASD (Autistic Spectrum Disorders). Tratteremo separatamente gli studi che riguardano tecnologie come la realtà virtuale o aumentata e quelle che usano invece supporti robotici, in linea con le teorie della SAR (Socially Assistive Robotics) che mira ad offrire assistenza e terapia agli utenti in maniera interattiva.

2. Nuove tecnologie per il trattamento psicologico dell'ASD

Il ASD (ASD) è un insieme di disturbi neuro evolutivi, che si manifestano con un'ampia eterogeneità di sintomi e differenti gradi di gravità. I soggetti con ASD spesso presentano comorbidità mediche o psichiatriche; il caso più comune di associazione è con Disabilità Intellettiva di vario livello. È noto che le aree maggiormente deficitarie riguardano la comunicazione ed interazione sociale, e quelle dei comportamenti, interessi o attività, ristretti e ripetitivi. La letteratura scientifica negli ultimi anni ha mostrato particolare interesse al supporto che la tecnologia, nelle sue varie forme, può offrire alle persone con ASD.

Le tecnologie mobili vengono ampiamente utilizzate con gli ASD per sviluppare o potenziare le abilità cognitive, socio-emozionali e comportamentali. Una grande diversità esiste tuttavia tra le innovazioni tecnologiche utilizzabili: dai sensori, ai sistemi *wireless* e ai *wearables*, dagli assistenti ai robot. Specifiche ricerche hanno impiegato queste tecnologie per indagare la loro validità ed efficacia, e l'accettabilità da parte degli utenti e operatori (Besio et al., 2020).

Già nel 2013, Miglino e al. hanno presentato STELT - *Smart Technologies to Enhance Learning and Teaching*, una piattaforma progettata come supporto per psicologi, educatori e formatori per costruire ambienti interattivi volti all'apprendimento. Attraverso tale piattaforma sono state progettate tre app digitali per supportare l'apprendimento interattivo in tre differenti ambiti: scolastico (*Block Magic*), di edutainment (*Wandbot*) e riabilitativo (*Arpecs*). Gli utenti nell'*Internet of Things* interagiscono con gli oggetti intelligenti (occhiali, guanti, visiere) o mediante interfacce tradizionali. In particolare, *Arpecs* è un nuovo sistema dinamico di *Picture Exchange Communication System* (PECS) nel trattamento dell'autismo, che mira a rendere interattive le attività di riabilitazione. Alle persone autistiche che hanno partecipato allo studio sono stati forniti: un tablet correlato da software basato su STELT e un lettore di sensori RFID. È utile l'implementazione di un sistema "*authoring*" che possa essere utilizzato da psicologi, educatori e formatori, così da progettare e sviluppare nuovi ambienti interattivi di apprendimento.

Per i bambini ASD con difficoltà nei comportamenti socio-adattivi è stato proposto un set di app digitali come strumento per favorire l'inclusione scolastica. È descritto da Fage et al. (2018) un intervento pilota di 3 mesi impiegando un pacchetto di app mobili, "School+", che si propone un miglioramento delle abilità sociali degli studenti ASD e un incremento del loro funzionamento socio-cognitivo. I risultati hanno confermato che nei bambini con ASD "School+" ha migliorato significativamente il comportamento, rispetto ai bambini ASD di controllo. Inoltre viene evidenziata

l'elevata *usabilità* del supporto proposto (elevati punteggi dei genitori nel questionario che lo valutava), suggerendo un facile uso anche in ambienti di vita quotidiana. Brunero et al. (2019), partendo dalla ipotesi che per gli ASD i dispositivi touch-screen sono più attraenti e per tale ragione possono facilitare l'acquisizione e il potenziamento delle competenze, riportano uno studio pilota che mette a confronto un protocollo con trattamento cartaceo (PA) e uno touch-screen (TA) in 63 persone con ASD (55 M e 8 F) dai 4 ai 32 anni. I protocolli, seppur in modalità diverse, prevedevano le medesime attività: discriminazione visiva, classificazione, accoppiamento parola-immagine e immagine-immagine. I risultati hanno confermato che oltre il 60% dei partecipanti per l'attività di accoppiamento immagine-immagine ha scelto il protocollo Touch-screen; la preferenza è significativamente maggiore nei maschi ad alto funzionamento e negli alunni della scuola dell'obbligo. Considerando che le terapie musicali e motorie si sono dimostrate particolarmente valide ed efficaci per favorire lo sviluppo di abilità comunicative, espressive e motorie con i bambini con ASD, Ragone, Good, e Howland (2020) hanno presentato la progettazione, l'implementazione e lo studio pilota di un sistema che combina movimenti e musica, ovvero l'*Observation of Social Motor Synchrony with an Interactive System* (OSMoSIS). Quest'ultimo grazie al sistema di *motion capture Microsoft Kinect* tiene traccia dei movimenti del corpo, li trasforma in suoni, divenendo un sistema musicale interattivo. Esso è stato progettato per supportare e garantire la sincronicità suono-movimento, in modo tale che i bambini possano generare suoni muovendosi in modo libero nell'ambiente o guidati da un facilitatore se presentano difficoltà motorie. Nell'analisi dei dati sono stati presi in considerazione: *impegno* – quasi tutti i partecipanti hanno espresso interesse a interagire con il sistema; *godimento* – tutti i partecipanti hanno espresso piacere nel suo uso; *gioco di finzione* – si è osservato un aumento dei casi di questi tipi di gioco; *interazione sociale* – dopo una quasi totale assenza di interazione nella prima fase, si osserva poi uno sblocco con l'introduzione di OSMoSIS.

Sempre con riferimento alla musica, negli Atti del Convegno *DIRAMATICA 2020 Smarter School for Smart Cities*, è contenuto un articolo di Buzzi et al. (2020) che intende, mediante l'applicazione web "*Suoniamo*", fornire uno strumento gratuito per gli insegnanti da poter impiegare all'interno del piano didattico con i ragazzi ASD. L'app è costituita da una tastiera virtuale di pianoforte, strumento su cui esercitarsi, e da un percorso di apprendimento con moduli didattici differenti ma personalizzabili a seconda delle esigenze dell'alunno. L'app *Suoniamo* ha avuto due fasi di test preliminari, a cui hanno partecipato due diversi gruppi ragazzi ASD, che hanno permesso di perfezionarla sulla base delle osservazioni e dei feedback raccolti: essa è già disponibile gratuitamente per tutti gli insegnanti che vorranno provarla ed utilizzarla nelle loro classi.

Smith et al. (2020) hanno esplorato la possibilità di utilizzare la tecnologia digitale come supporto di interventi basati sulle storie sociali da parte degli insegnanti all'interno di un ambiente scolastico. Con un campione di 17 insegnanti e 22 bambini ASD (5-11 anni) è stata impiegata l'app *SS SOFA*: le storie sono state proposte individualmente tramite un i-Pad. I risultati hanno dimostrato l'utilità della tecnologia mobile per gli obiettivi proposti; inoltre si sottolinea il vantaggio della sua accessibilità e generalizzabilità che può consentire agli insegnanti di riadoperare il sistema come e quando necessario senza ulteriori tempi di preparazione.

Un'altra interessante modalità riabilitativa è presentata da Vyshedskiy et al. (2020) che hanno sperimentato per tre anni su ampi campioni di bambini con ASD di età compresa tra i 2 e i 12 anni, un intervento mirato al potenziamento della sintesi prefrontale. Questa sintesi permette di giustapporre oggetti visuo-spaziali mentali; il suo deficit, osservato nel 30-40% delle persone con ASD, è responsabile della mancanza di comprensione delle preposizioni spaziali, delle frasi semanticamente reversibili e delle frasi ricorsive. Per intervenire su questo importante aspetto, è stata applicata la *Terapia delle immagini mentali per l'autismo* (MITA), comprendente esercizi verbali e non verbali, somministrati mediante tablet, che enfatizzano la giustapposizione mentale di oggetti. Lo studio ha confermato che l'acquisizione del linguaggio migliora dopo l'allenamento della sintesi prefrontale con questa terapia basata sulle nuove tecnologie, specie nei bambini più piccoli e con ASD più lieve.

Uno specifico aspetto è stato approfondito da Narzisi et al. (2021). Le persone con ASD manifestano ansia o stress legati a determinati contesti particolarmente critici come quello di andare dal dentista. A tale fine è stata progettata l'App *MyDentist*, con

Considerando che le terapie musicali e motorie si sono dimostrate particolarmente efficaci per favorire lo sviluppo di abilità comunicative, espressive e motorie con i bambini con ASD, Ragone, Good, e Howland hanno presentato lo studio pilota di un sistema che combina movimenti e musica. Viene tenuta traccia dei movimenti del corpo, trasformandoli in suoni, ottenendo un sistema musicale interattivo per supportare e garantire la sincronicità suono-movimento, in modo tale che i bambini possano generare suoni muovendosi in modo libero nell'ambiente o guidati da un facilitatore se presentano difficoltà motorie.

Obiettivi di promozione dell'integrazione e dell'interazione degli alunni con ASD, in particolar modo all'interno del contesto scolastico, sono proposti dal sistema Coding presentato da Romanazzi (2021). Per verificare l'uso del coding e la sua efficacia come strumento di prompting comportamentale, è stato condotto uno studio con un alunno di scuola secondaria di secondo grado, il cui comportamento problematico era l'aggressività proattiva, soprattutto con gli insegnanti.

lo scopo di regolarizzare tali stati emotivi. Nella prima fase di sperimentazione sono stati coinvolti un gruppo di dieci bambini per un periodo di circa tre mesi; convalidata la fattibilità dell'approccio, è stato dato il via al secondo step dello studio, che ha coinvolto tutti i pazienti ASD dell'ambulatorio per sei mesi. Il campione era formato da 130 ragazzi ASD a cui è stato somministrato l'intervento con tecnologia mobile, in modo personalizzato e supportato dall'applicazione. Dall'analisi dei dati, si sono rilevate differenze significative nella cura all'igiene orale tra T0 (pre-intervento) e T1 (dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento) in 14 aspetti su 18 del questionario compilato dai genitori; inoltre, le famiglie hanno percepito positivamente l'uso del presente dispositivo tecnologico.

In molti casi nell'ASD si scatenano stati di iposensibilità o ipersensibilità emotiva. Nel 2017 Torrado et al. hanno presentato un dispositivo *smartwatch* basato su AI per apprendere l'autoregolazione emotiva, consentendo il rilevamento dell'outburst emotivo e un training di autoregolazione tramite la visualizzazione di pittogrammi personalizzati. Uno studio sperimentale con due bambini di 10 anni con ASD ha dimostrato l'utilità del dispositivo per favorire le strategie di autoregolazione, ed ha inoltre sottolineato l'aspetto dell'accettabilità, trattandosi di un oggetto comune non stigmatizzante seppur basato su un software personalizzato.

Più di recente, è stata progettata l'App *Touch for Autism* (T4a) per favorire e consolidare le competenze emotive e gestirne la complessità nelle relazioni interpersonali. È stato, inoltre, ideato uno *smartwatch* volto all'auto-regolazione emotiva, che suggerisce strategie adattive personalizzate per ciascun individuo. Lo studio di Provenzale (2021) evidenzia l'utilità e l'efficacia di questi strumenti informatici nel gestire e ridurre i livelli di arousal, così che i bambini ASD non si sentano sopraffatti dagli stimoli sensoriali provenienti dal mondo circostante. La possibilità, inoltre, di potersi auto-monitorare permette di incrementare i livelli di consapevolezza personale e di conseguenza l'autonomia. Tali strumenti favoriscono anche l'empowerment dei genitori, generalizzando la terapia dal contesto clinico a quello familiare.

Obiettivi di promozione dell'integrazione e dell'interazione degli alunni con ASD, in particolar modo all'interno del contesto scolastico, sono proposti dal sistema *Coding* presentato da Romanazzi (2021). Per verificare l'uso del *coding* e la sua efficacia come strumento di *prompting* comportamentale, è stato condotto uno studio con un alunno di scuola secondaria di secondo grado, il cui comportamento problematico era l'aggressività proattiva, soprattutto con gli insegnanti. L'intervento scelto è stato l'apprendimento tramite *modeling* e imitazione mediante la tecnica del *Coding Story-telling* ("Scratch"). È stato progettato dallo studente un codice per simulare la situazione contesto classe attraverso il suo avatar; dopo il training digitale, ha messo in pratica quanto appreso, dimostrando come l'impiego del coding sia un utile strumento di apprendimento per una persona con ASD. Lo stesso alunno ne ha percepito i benefici ottenuti, tanto che in seguito ad un altro episodio che gli aveva causato frustrazione è stato egli stesso a richiedere di poter utilizzare la tecnica presentata in precedenza.

Per districarsi nella molteplicità di App disponibili nel settore, è stato messo a punto uno *Strumento di valutazione delle applicazioni mobili educative per l'ASD (EMAAT for ASD)*. Il progetto è stato sviluppato analizzando la letteratura e mediante uno studio Delphi con esperti di diversa estrazione, e conducendo un test pilota con insegnanti tirocinanti e in servizio che hanno valutato 11 app. Grazie a EMAAT è possibile identificare le caratteristiche educativo-pedagogiche e tecnologiche che le risorse dovrebbero avere per facilitare l'apprendimento degli ASD (Sanromà-Giméne et al., 2021).

Abdel Hameed et al. (2022) descrivono l'utilizzo di tecnologie basate su sistemi di Intelligenza Artificiale e *Internet of Things* (IoT), con l'obiettivo di migliorare le abilità dei bambini ASD e promuovere il loro processo di adattamento. È stato messo a punto un sistema IoT incorporato di un sensore per misurare la frequenza cardiaca, prevedere lo stato del bambino ed inviare lo stato al tutor con la sensazione e il comportamento previsto del bambino tramite un'applicazione mobile; l'interfaccia applicativa del sistema consente al tutor di ricordare le attività del bambino. Inoltre, il sistema può fornire un ambiente virtuale per aiutare il bambino a migliorare il contatto visivo con le altre persone, e lavorare anche sul superamento delle paure. L'efficienza del sistema è stata valutata sperimentalmente in un centro per bambini con ASD di età compresa tra 4 e 12 anni.

L'offerta di applicazioni digitali, volte in particolar modo ai bambini ASD sia nel contesto educativo che come supporto riabilitativo, è sempre più ampia; per tale ragione bisogna valutare anche le percezioni e gli atteggiamenti che nei loro confronti hanno non solo gli utenti diretti, ma anche gli operatori. A tal riguardo Sidoti, Palma e Marrali (2018) hanno svolto un'indagine volta a raccogliere e analizzare l'esperienza e le percezioni di un gruppo di 50 insegnanti di sostegno riguardo l'impiego delle tecnologie con allievi con ASD. Queste sono considerate dalla maggior parte del campione mezzi molto efficaci ed attrattivi perché stimolanti e divertenti; riguardo le conoscenze solo il 28% dichiara di averne molte, sufficienti il rimanente 72%.

Sempre al fine di conoscere gli atteggiamenti degli operatori, cioè di chi lavora con questi strumenti (o dovrebbe, o potrebbe, farlo) Gallardo-Montes et al. (2022) hanno indagato l'opinione di 286 educatori di Firenze (Italia) e Granada (Spagna) in merito ai vantaggi e all'applicabilità delle app, alla frequenza del loro utilizzo e al tipo di app utilizzate per le persone con ASD. È stato somministrato il "Questionario sulla formazione e le competenze relative all'uso delle Tecnologie per gli insegnanti che lavorano con alunni disabili" e la versione spagnola, il *DPTIC-AUT-Q*. Per quanto riguarda gli usi che gli insegnanti facevano delle app, le aree più coinvolte sono: mantenimento dell'attenzione, comunicazione, autonomia, apprendimento matematico; invece sono meno utilizzate per lo sviluppo e l'espressione delle emozioni, lo svolgimento di compiti legati alla gestione del tempo, l'organizzazione e la pianificazione.

3. Uso della realtà virtuale e aumentata

Da tempo la realtà virtuale è stata utilizzata per la riabilitazione, specie di tipo motorio; ed è stata applicata anche alla terapia dell'ASD.

Già nel 2012 Casas et al. avevano presentato un sistema di Realtà Aumentata Virtuale volto in particolar modo a far apprendere al bambino ASD abilità di base, spesso deficitarie in questi soggetti, quali l'autoconsapevolezza, lo schema corporeo e la postura, la comunicazione e l'imitazione. Il sistema presentato è *Pictogram room*, progettato come uno specchio in cui gli utenti possono riflettersi con oggetti virtuali, basato sui movimenti del corpo degli utenti stessi come metodo per l'interazione, ad esempio spostarsi in diverse aree della stanza o spostare il proprio corpo nelle posizioni indicate. Il sistema *Kinect* consente di catturare le immagini e di visualizzarle unite alle informazioni virtuali, creando così lo specchio di realtà aumentata in cui gli utenti possono vedersi integrati nella scena risultante. Uno studio pilota con 5 bambini ASD ha confermato la possibilità di utilizzare il dispositivo *Kinect* per sviluppare applicazioni volte al miglioramento delle abilità di base di bambini con autismo.

Gevarter et al. (2014) hanno descritto l'utilizzo della Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) mediante i-Pad riportando uno studio sperimentale su tre bambini ASD maschi in età prescolare, che ha messo a confronto tre diversi display in due app per l'acquisizione di mand (in termini skinneriani, operante verbale in cui la risposta è rafforzata da uno specifico conseguente). Le applicazioni CAA differiscono sia per l'uso degli elementi di visualizzazione che di design; i display comparati presentano un pulsante simbolo *Widgit* (GoTalk), un hotspot fotografico (Scene e Heard) e un pulsante simbolo *Widgit* insieme a una fotografia. Lo studio ha confermato che il display e gli elementi di design possono condizionare l'acquisizione del *mand*, per cui la scelta degli elementi si dovrebbe effettuare considerando le propensioni individuali e le caratteristiche di apprendimento di ciascuno.

Nello stesso anno 2014 Maskey et al. hanno proposto uno studio sperimentale utilizzando la tecnologia immersiva *Blue Room*: una sala schermata a 360 gradi in cui vengono proiettate immagini audiovisive, per cui i partecipanti non devono indossare nulla e possono muoversi liberamente interagendo con lo scenario proposto. L'obiettivo era testare la *Blue Room* come strumento di intervento per superare paure e fobie di ragazzi ASD. Sono stati coinvolti nove ragazzi ASD (7-13 anni), ognuno con fobia per una particolare situazione o stimolo. Combinando la terapia cognitivo-comportamentale e l'esposizione graduale all'ambiente di realtà virtuale è stata ricreata nella *Blue room* la situazione ansiogena. Questa combinazione di trattamenti risulta efficace: al termine di essa otto su nove ragazzi sono stati in grado di affrontare la situazione di fobia, e tra essi quattro l'hanno superata completamente. Sulla scia delle *Blue Rooms*, di recente è stato introdotto in Italia l'impiego delle *Blue Home*, particolari appartamenti progettati e costruiti appositamente per

Uno studio sperimentale su tre bambini ASD maschi in età prescolare (Gevarter et al., 2014), ha messo a confronto tre diversi display in due app per l'acquisizione di mand (in termini skinneriani, operante verbale in cui la risposta è rafforzata da uno specifico conseguente). Le applicazioni CAA differiscono sia per l'uso degli elementi di visualizzazione che di design; i display comparati presentano un pulsante simbolo Widgit (GoTalk), un hotspot fotografico (Scene e Heard) e un pulsante simbolo Widgit insieme a una fotografia. Lo studio ha confermato che il display e gli elementi di design possono condizionare l'acquisizione del mand, per cui la scelta degli elementi si dovrebbe effettuare considerando le propensioni individuali e le caratteristiche di apprendimento di ciascuno.

La realtà virtuale è stata combinata con la robotica nella Social Virtual Reality Robots (V2Rs), sistema combinato di realtà virtuale, robot sociali e formazione musicale, il cui obiettivo è insegnare la musica ai bambini ASD ed eseguire una valutazione automatica dei loro comportamenti (Shahab et al., 2017). La ricerca ha indagato se il sistema combinato può essere adatto per i bambini con ASD in situazioni in cui i robot reali non sono disponibili.

soggetti con ASD e per i loro familiari, al fine di poter usufruire di un trattamento di realtà virtuale per promuovere lo sviluppo e/o il potenziamento di abilità e routine positive da mettere in atto quotidianamente da parte anche dei familiari. L'impianto domotico permette ai professionisti di osservare i bambini nell'interazione con i genitori e i fratelli, e di intervenire anche durante la fase di abilitazione intensiva, in cui i professionisti consegnano dei compiti da remoto. Il metodo *SuperAbility* ha consentito di offrire nuove tipologie di intervento che hanno favorito l'acquisizione di abilità, quali indipendenza e autonomia; nello specifico, i ragazzi ASD hanno ottenuto un miglioramento del 44% riguardo le abilità cognitive e del 30% nelle capacità di comunicazione, potenziando nel complesso le abilità di socializzazione (Fondazione Sacra Famiglia, 2020).

La realtà virtuale è stata combinata con la robotica – oggetto del paragrafo successivo – nella *Social Virtual Reality Robots (V2Rs)*, sistema combinato di realtà virtuale, robot sociali e formazione musicale, il cui obiettivo è insegnare la musica ai bambini ASD ed eseguire una valutazione automatica dei loro comportamenti (Shahab et al., 2017). La ricerca ha indagato se il sistema combinato può essere adatto per i bambini con ASD in situazioni in cui i robot reali non sono disponibili. I personaggi sono due robot umanoidi virtuali, Nima e Sina, con sembianze del robot umanoide NAO, programmati per insegnare a suonare in un ambiente virtuale. La piattaforma si è rivelata attraente per l'intero campione (14 bambini ASD e 21 bambini con sviluppo tipico, età 4-6 anni), e si evidenzia un tasso di accettazione del 64.3% nella condizione di gioco con auricolare virtuale, mentre nel complesso il gioco è stato accettato positivamente dal 78.6% del gruppo ASD, suggerendo che V2R ha buone potenzialità per essere utilizzato anche come app commerciale per apprendere la musica.

Sahin, Abdus-Sabur et al. (2018) riportano un caso studio che esplora la fattibilità e l'efficacia di un intervento di comunicazione sociale che ha impiegato come strumento gli smartglasses, insieme al modulo *Empowered Brain Face2Face*, progettato per il coaching socio-emotivo a bambini e adulti con ASD in quanto mira ad aumentare il rivolgersi dello sguardo verso il volto dell'altro. La ricerca è stata condotta con uno studente ASD di 13 anni, e l'intervento ha previsto un totale di 16 sessioni di 10 minuti ciascuna. Il ragazzo indossa il sistema *smartglasses* mentre il modulo *Face2Face* è in esecuzione e interagisce con un'altra persona (facilitatore) posizionata di fronte all'utente. I risultati hanno dimostrato un miglioramento significativo della comunicazione sociale. I genitori e gli insegnanti hanno rilevato un miglioramento anche della motivazione sociale, della cognizione sociale e degli interessi. Gli *Smartglasses*, con modulo *Face2Face*, dunque, si dimostrano una tecnologia assistiva valida per il supporto alla comunicazione sociale e al coaching comportamentale per gli studenti con ASD.

Lo stesso gruppo di ricerca (Sahin, Keshav et al., 2018) in un altro studio mette in luce quanto sia importante non dimenticare il fattore della sicurezza dei supporti tecnologici impiegati; difatti, al crescente interesse per la realtà aumentata come strumento di intervento con soggetti ASD corrispondono poche ricerche sulla sicurezza dei nuovi dispositivi. Lo studio ha testato la sicurezza e i potenziali effetti negativi del sistema *Empowered Brain Face2Face*, precedentemente presentato. Il campione era costituito da 18 bambini e adulti con diagnosi di ASD di diverso grado; per ciascun partecipante è stato compilato il *Social Communication Questionnaire (SCQ)*. Dalle interviste a utenti e operatori sanitari risulta che la maggior parte degli utenti è stata in grado di indossare e utilizzare *Empowered Brain* senza riportare effetti negativi; anche i caregiver non hanno riscontrato effetti negativi negli utenti, confermando non solo l'usabilità di tali sistemi e la loro efficacia, ma anche l'accettabilità da parte di soggetti ASD di un'ampia fascia di età e di differenti livelli di diagnosi.

La progettazione e costruzione di un sistema di comunicazione aumentativo alternativo volto ad incrementare le capacità comunicative di persone con disfunzioni comunicative verbali è oggetto della start up italiana LIMIX (De Carlo, 2020). Il progetto si è focalizzato sulla creazione di *Talking Hands*, un innovativo dispositivo indossabile come un guanto, che consente di tradurre i segni in voce grazie all'app di uno smartphone. Essendo la lingua dei segni molto complessa, soprattutto per i soggetti ASD, *Talking Hands* ha previsto la personalizzazione dei dizionari dei segni; inoltre, anche in caso di problemi motori, il dispositivo è in grado di rilevare ed interpretare i movimenti approssimativi. Molte verifiche e test sono stati

effettuati anche per quanto riguarda struttura e materiali, che potrebbero influire sull'accettabilità del dispositivo. Dall'iniziale prototipo di guanto, in seguito ai vari test, si è giunti ad un esoscheletro, facile da indossare e da usare, che migliorando l'opportunità di comunicazione di persone con ASD ne promuove l'inclusione nella società.

Considerati gli avanzamenti delle tecnologie per le terapie nel 2020 è stata divulgata una rassegna sistematica (per il periodo 2005-2018) di studi e ricerche sulla realtà aumentata come strumento per sviluppare e potenziare abilità in persone con ASD. La ricerca ha preso in considerazione variabili quali capacità di apprendimento, tipo di partecipanti e tecnologia di realtà aumentata ma anche il disegno della ricerca e altre variabili metodologiche. I risultati emersi sono complessivamente positivi circa l'impatto della realtà aumentata sugli utenti ASD, seppur con una grande eterogeneità degli obiettivi valutati nel dettaglio per ogni studio riportato (Khowaja et al., 2020).

4. La Robotica assistiva per l'ASD

La *Socially Assistive Robotics* (SAR, Tapus, Matarić, e Scassellati 2007) in diversi contesti e con differenti funzioni si è rivelata particolarmente efficace con le persone con ASD, in particolare con i bambini, con i quali sono stati condotti la maggior parte degli studi.

L'applicazione della robotica nella terapia dei bambini con ASD mira ad insegnare ai bambini le abilità sociali di base, la comunicazione e l'interazione. È stato dimostrato che alcune persone con ASD – specie bambini con limitate abilità verbali – preferiscono i robot agli esseri umani come interlocutori spontaneamente privilegiati (Robins et al., 2005). I robot umanoidi, somiglianti agli umani ma molto meno complessi, consentono di facilitare il trasferimento delle competenze apprese mediante modeling imitativo uomo-robot alle interazioni con umani (Diehl et al., 2012). Ad esempio, bambini con ASD hanno movimenti più rapidi nell'afferrare una palla quando vedono eseguire il movimento dal braccio del robot che non dal braccio umano, mentre i bambini con sviluppo tipico mostrano l'effetto opposto (Pierno et al., 2008). Questi studi suggeriscono che le persone con ASD possono beneficiare di attività imitative che coinvolgono i robot più che dell'imitazione diretta di umani, almeno nella fase iniziale del trattamento. A volte l'imitazione è strutturata, poiché i bambini sono sollecitati da adulti o dallo stesso robot ad imitare le azioni (Duquette et al. 2008); in altri casi l'imitazione si sviluppa spontaneamente come parte di un gioco con il bambino che imita i comportamenti del robot e viceversa (Robins et al. 2009). Questo gioco si estende poi anche alle interazioni triadiche tra un bambino con autismo, un adulto e un robot.

Questi temi sono stati approfonditi in diversi studi del gruppo di ricerca italo-inglese che ha applicato la SAR all'ASD.

Preliminarmente era stata considerata la limitata accettazione dell'uso dei robot in ambito educativo e clinico, emersa tra la popolazione generale dalla survey *Eurobarometer* promossa dalla Commissione europea (2012): pur mostrando complessivamente un atteggiamento positivo verso l'uso strumentale e "tecnico" dei robot, il 60% degli intervistati aveva affermato che i robot non dovrebbero essere usati per la cura dei bambini, degli anziani e dei disabili (proprio i target privilegiati dalla ricerca attiva in quel periodo).

È stato pertanto approfondito l'atteggiamento degli operatori della disabilità nei confronti dell'uso della robotica per la riabilitazione (Conti et al., 2017). I risultati di una ampia ricerca su clinici sia esperti che in formazione, avevano dimostrato che all'interno di un atteggiamento complessivamente positivo verso l'uso del robot persiste un certo scetticismo tra i clinici, che percepiscono il robot come uno strumento costoso e limitato, mentre psicologi ed educatori in formazione mostrano una percezione più positiva e una disponibilità significativamente maggiore all'uso del robot. È stato pertanto ipotizzato che i robot possano essere meglio accettati per la riabilitazione se sono maggiormente integrati con i protocolli riabilitativi standard, in modo che i benefici complessivi possano superare i costi.

In uno studio pilota condotto in questa direzione (Conti et al., 2015) è stata indagata la potenzialità di uso del robot umanoide NAO per promuovere lo sviluppo dell'imitazione, in particolare corporea, in bambini ASD. Sono stati coinvolti tre bambini con ASD e comorbilità di disabilità intellettiva, di cui due di 10 anni e uno di 12 anni, con stereotipie motorie e significative difficoltà comunicative e relazionali. La procedura ha previsto delle sessioni di gioco di imitazione di movimento corporei, durante le

L'applicazione della robotica nella terapia dei bambini con ASD mira ad insegnare ai bambini le abilità sociali di base, la comunicazione e l'interazione. È stato dimostrato che alcune persone con ASD – specie bambini con limitate abilità verbali – preferiscono i robot agli esseri umani come interlocutori spontaneamente privilegiati (Robins et al., 2005). I robot umanoidi, somiglianti agli umani ma molto meno complessi, consentono di facilitare il trasferimento delle competenze apprese mediante modeling imitativo uomo-robot alle interazioni con umani (Diehl et al., 2012).

Le persone con ASD presentano, nella maggior parte dei casi, carenze e/o alterazioni riguardanti il sistema affettivo; il campo della ricerca robotica, dunque, si è mosso anche su tale versante. Il riconoscimento affettivo è oggetto di uno studio su caso singolo (Conti et al. 2019), il cui scopo era l'impiego del robot NAO a supporto di una terapia come intervento a lungo termine per la riabilitazione del riconoscimento affettivo. Il robot NAO è stato programmato appositamente per implementare le emozioni basandosi su una sub-scala del test NEPSY-II (Affect Recognition), più una condizione "neutra".

quali NAO invita il bambino ad imitare i suoi movimenti mentre successivamente è NAO ad imitare; infine, il ricercatore mostra al bambino di aver il controllo del robot, e questo induce ad aumentare significativamente l'interazione del bambino col terapeuta, evidenziando l'utilità del robot in funzione di mediatore. Successivamente (Conti et al., 2018) questo metodo per l'apprendimento dell'imitazione motoria è stata inserito all'interno del trattamento *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children* (TEACCH) con i bambini ASD. In cinque mesi di interventi e osservazioni mediante videoregistrazione, i parametri presi in considerazione sono stati: sguardo, imitazione, prossimità (al robot), interazione diretta con il terapeuta. I risultati hanno rilevato significativi miglioramenti nelle capacità imitative, che comprovano l'utilità e la validità dell'integrazione della SAR ad altri piani terapeutici, la generalizzazione dell'interazione con l'operatore, dimostrandosi il robot un ottimo mediatore e, infine, la costante aderenza al trattamento.

In uno studio di valutazione del robot come strumento metodologico, Di Nuovo A. et al. (2018) hanno valutato la stima dell'attenzione visiva del bambino con diagnosi di ASD e disabilità intellettiva direttamente dalle telecamere del robot NAO con reti neurali *deep learning*, senza l'uso di videocamere esterne, così da garantire una maggiore integrazione ecologica nell'ambiente terapeutico. È essenziale che il robot abbia la capacità di valutare al meglio se il bambino lo stia guardando o meno durante la sessione terapeutica, in quanto questo dato consente una maggiore precisione e la possibilità di adattare autonomamente l'interazione con il bambino durante la terapia stessa. I risultati hanno rilevato che l'approccio per identificare i volti che ottiene il miglior risultato è quello che utilizza il *Multitask Cascaded Convolutional Networks for Face Detection and Landmark Estimation*; l'assistenza robotica può essere integrata con successo nella terapia standard del trattamento dei bambini ASD anche con disabilità intellettiva; i punteggi del livello imitativo di quattro bambini sono aumentati significativamente, ad eccezione dei due bambini del campione i cui livelli di disabilità intellettiva erano molto bassi.

Quando si sceglie una terapia che prevede il supporto di piattaforme robotiche con bambini ASD, bisogna prendere in considerazione alcuni fattori molto importanti che vanno ad influire nell'interazione bambino-robot, o più in generale nella *human-robot interaction* (HRI), e di conseguenza sulla buona riuscita del trattamento, quali le caratteristiche di antropomorfismo del robot che influiscono sulla costruzione del modello mentale del bambino (Conti et al., 2021).

Le persone con ASD presentano, nella maggior parte dei casi, carenze e/o alterazioni riguardanti il sistema affettivo; il campo della ricerca robotica, dunque, si è mosso anche su tale versante. Il riconoscimento affettivo è oggetto di uno studio su caso singolo (Conti et al. 2019), il cui scopo era l'impiego del robot NAO a supporto di una terapia come intervento a lungo termine per la riabilitazione del riconoscimento affettivo. Il robot NAO è stato programmato appositamente per implementare le emozioni basandosi su una sub-scala del test NEPSY-II (*Affect Recognition*), più una condizione "neutra". Durante questi incontri il bambino giocava con NAO, che gli chiedeva di riconoscere le emozioni; dopo una settimana, gli è stato chiesto di interpretare il ruolo del robot ed imitare le emozioni, mentre il terapeuta doveva riconoscerle. I risultati dimostrano l'usabilità del SAR nel supportare il training emotivo di un bambino con gravi deficit in quest'area. La valutazione longitudinale ha sottolineato un miglioramento costante durante la sessione guidata dal robot e, soprattutto, la capacità del bambino di trasmettere al terapeuta ciò che aveva appreso con il robot; si parla, quindi, di importanti potenzialità di generalizzazione. Altro aspetto da evidenziare è, infine, la maggiore aderenza al trattamento promossa dall'impiego della SAR.

Il progetto CARER-AID (Conti et al., 2020) mira ad offrire una percezione completa della *Socially Assistive Robotics* al fine di integrarla in diversi aspetti e livelli di assistenza e cura: dall'educazione alla riabilitazione terapeutica, dalla valutazione al monitoraggio dei risultati, fornendo assistenza a caregiver e professionisti, sia a scuola che in ambito clinico. Gli studi del CARER-AID hanno indagato i potenziali benefici dell'assistenza robotica nella terapia e l'accettabilità e gli atteggiamenti verso la robotica sociale in ambito educativo. La ricerca ha coinvolto 114 insegnanti, 158 studenti universitari italiani e inglesi, 133 bambini di scuola dell'infanzia (media di età 5 anni), 7 bambini con diagnosi di ASD e disabilità intellettiva. I risultati hanno confermato l'utilità dei SAR in diversi aspetti e livelli della cura. L'aver esteso

e generalizzato l'indagine, in particolar modo all'accettabilità del robot in diversi contesti, ha rappresentato un avanzamento rispetto ad altri progetti di ricerca che pongono di solito particolare attenzione solo all'intervento e alla sua efficacia.

5. Il robot come mediatore di relazioni

Si è visto che un operatore umano può mediare l'interazione tra bambino con ASD e robot, che a sua volta può fare da mediatore tra il bambino e l'agente umano.

Per approfondire questa relazione, l'articolo di Simut et al. (2016) riporta uno studio sperimentale mirato ad esplorare la differenza tra l'interazione con un essere umano e quella con un robot sociale durante un'attività di gioco, verificando le variazioni delle due condizioni nella loro capacità di stimolare l'interazione e considerando la persona che accompagna il bambino durante il compito. Il campione era costituito da 30 bambini (5-7 anni) con diagnosi di ASD. La ricerca ha previsto l'esposizione di ciascun partecipante ad entrambe le condizioni di interazione: con agente umano e con agente robotico sociale (robot *Probo*). Il compito consisteva nel preparare una macedonia di frutta per il partner interattivo selezionando otto coppie di frutta preferita dal partner con cui interagiva, basandosi sulla direzione del suo sguardo, delle espressioni verbali e facciali. Dall'analisi dei dati è emerso che il contatto visivo è significativamente più alto nella condizione di interazione con il robot rispetto a quella con la persona, ma non ha avuto funzione di mediatore sociale tra bambino e sperimentatore.

Uno dei deficit nelle abilità socio relazionali dei bambini con ASD riguarda il *turn-taking*; anche a tal riguardo la ricerca ha validato strumenti innovativi. Uno studio sperimentale (David et al., 2020) ha ipotizzato che il supporto del robot NAO possa essere efficace per sviluppare e/o potenziare l'abilità di *turn-taking* e che i benefici di una terapia con integrazione di SAR siano superiori rispetto ad una standard. Il campione comprendeva 11 bambini con diagnosi di ASD (3-5 anni). Lo studio presenta una serie di 5 esperimenti strutturati in 20 sessioni di trattamento standard (SHT) o potenziato da robot (RET). La maggior parte dei bambini ha raggiunto livelli simili nelle performance di *turn-taking* seguendo sia l'intervento SHT che quello RET; tuttavia, per i bambini il robot è risultato un partner più interessante rispetto a quello umano. L'intervento RET ha ottenuto risultati superiori rispetto a quello SHT nell'attivazione comportamentale, ma questo valeva sia per i comportamenti adattivi che per quelli disadattivi, per cui i professionisti che usano il robot dovrebbero essere consapevoli di rafforzare quelli adattivi e diminuire quelli disadattivi.

Sempre riguardo agli aspetti relazionali, Gena et al. (2020) riportano uno studio sperimentale per verificare le interazioni dei bambini con ASD con il robot sociale NAO. Il robot supporta un'equipe di professionisti nell'interazione bambino-robot riguardo le emozioni dei bambini e adatta il suo comportamento di conseguenza. È stato impiegato NAO, integrato con un software capace di riconoscere le emozioni nei bambini ASD, riconoscere l'utente, ricordare le emozioni percepite dal suo utente nelle interazioni precedenti. La SAR è stata implementata e verificata in due programmi: uno per il riconoscimento di emozioni di base e l'altro per l'analisi dei sentimenti tramite le frasi pronunciate dai bambini. L'obiettivo finale è integrare le due componenti per ottenere un software specifico per i bambini ASD.

Successivamente gli stessi autori (Gena et al., 2021) hanno sperimentato il progetto *Sugar, Salt & Pepper - Humanoid robotics for autism*, basato sull'utilizzo del robot umanoide Pepper per promuovere le acquisizioni funzionali in ASD ad alto funzionamento, nonché per aumentare le loro capacità di comunicazione reciproca, socializzazione e rafforzare l'apprendimento di strategie per l'autonomia nelle attività quotidiane. Gli autori si sono ispirati alle dimensioni della Scala *Godspeed (Anthropomorphism, Animacy, Likeability, Perceived intelligence of the robot, Perceived safety)* per riportare i primi risultati di un'analisi delle reazioni al robot da parte di un gruppo di quattro ragazzi ASD fra 11 e 13 anni, coinvolti in un laboratorio sull'autonomia. Dalle interviste sono state estrapolate le immagini mentali che i ragazzi si sono creati sul robot e hanno evidenziato che la personalità del robot e il suo carattere dovrebbero essere perfezionati per renderlo più credibile e coinvolgente. Infatti, quando il robot non comprendeva le domande e non sapeva come rispondere, causava nervosismo nei bambini.

Un altro studio recente (Santos, et al., 2021) ha verificato l'uso di una piattaforma di coaching robotico per l'allenamento di abilità sociali, motorie e cognitive, mediante la funzione di mediatore (interazioni triadiche bambino-robot-adulto) e attraverso il

Uno dei deficit nelle abilità socio relazionali dei bambini con ASD riguarda il turn-taking; anche a tal riguardo la ricerca ha validato strumenti innovativi. Uno studio sperimentale (David et al., 2020) ha ipotizzato che il supporto del robot NAO possa essere efficace per sviluppare e/o potenziare l'abilità di turn-taking e che i benefici di una terapia con integrazione di SAR siano superiori rispetto ad una standard.

I dati di ricerca dimostrano che gli strumenti sono più efficaci se possono essere inseriti all'interno di una programmazione individualizzata, fondata su validi e sperimentati modelli psicologici, e soprattutto se sono verificati mediante evidenze empiriche di usabilità e accettabilità nello specifico contesto di uso. Va inoltre assicurata la generalizzabilità di questi strumenti, anche valutando la relazione costi/benefici. È essenziale il ruolo della ricerca per la programmazione dell'uso di questi strumenti all'interno dei servizi di assistenza previsti dal Sistema Sanitario Nazionale.

mirroring robotico. Sono stati elaborati due protocolli: *Robot-Master* e *Adult-Master*, in cui i bambini hanno eseguito differenti gesti guidati rispettivamente dal robot e dall'operatore; ricevendo, infine, dei feedback positivi o negativi sull'esecuzione del movimento. Nel gruppo di controllo di bambini a sviluppo tipico sono stati seguiti dei protocolli standardizzati, mentre con gli ASD l'ordine degli esercizi è stato personalizzato in base alle loro specifiche esigenze. I due protocolli si sono rivelati adatti per il turn-taking bambino-adulto; dai risultati, inoltre, si possono trarre interessanti spunti per progettare protocolli flessibili da adattare ai differenti livelli di gravità e alle peculiarità di ciascuna persona con ASD.

Nonostante gli avanzamenti della terapia integrata da SAR, limitazioni e aspetti critici tuttora persistenti sono desumibili dalla letteratura internazionale. I bambini con ASD cui è associata disabilità intellettiva sono spesso difficili da trattare perché hanno bisogno di un supporto costante e differenziato per svolgere le normali attività di vita quotidiana (Wong et al., 2015). In conseguenza di ciò, una recente rassegna (DiPietro et al., 2019) ha evidenziato che gli studi esplorativi di nuovi approcci terapeutici che coinvolgono la robotica si concentrano generalmente su un piccolo numero di casi più facili da gestire, ad esempio senza comorbidità. Per rispondere a questa sfida l'attuale tecnologia robotica è ancora in una fase sperimentale e richiede una ulteriore implementazione di sistemi complessi (Cao et al., 2019).

Conclusioni

La presente rassegna testimonia come siano stati sperimentati con successo numerosi dispositivi tecnologici di intelligenza artificiale, progettati per la regolazione e autoregolazione dei processi cognitivi, delle emozioni e dei comportamenti. Molti di essi sono appositamente mirati a supportare le terapie con le persone ASD, che manifestano problemi del linguaggio e della comunicazione, e di conseguenza nell'interazione sociale. Gli interventi si avvalgono di strumenti di uso comune, come smartwatch e tecnologie digitali mobili quali tablet e I-pad, appositamente programmati per interventi specialistici. Strumenti specifici usano la realtà virtuale o aumentata, ma soprattutto la Robotica Sociale Assistiva pare essere adatta per interventi con persone ASD.

I dati di ricerca presentati in questa rassegna dimostrano che gli strumenti sono più efficaci se possono essere inseriti all'interno di una programmazione individualizzata, fondata su validi e sperimentati modelli psicologici, e soprattutto se sono verificati mediante evidenze empiriche di usabilità e accettabilità nello specifico contesto di uso.

Va inoltre assicurata la generalizzabilità di questi strumenti, anche valutando la relazione costi/benefici. Anche in questo caso è essenziale il ruolo della ricerca per la programmazione dell'uso di questi strumenti all'interno dei servizi di assistenza previsti dal Sistema Sanitario Nazionale, ove ne sia dimostrata la validità scientifica.

*Psicologi, psicoterapeuti

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abdel Hameed, M., Hassaballah, M., Hosney, ME e Alqahtani, A. (2022). An AI-Enabled Internet of Things based Autism care system for improving cognitive ability of children with Autism Spectrum Disorders. *Computational Intelligence and Neuroscience*, n. 2247675.
- Besio, S., Bianquin, N., Giraldo, M., & Sacchi, F. (2020). Le tecnologie assistive per la disabilità tra attualità e innovazione: una systematic review. In R. Caldin (a cura di), *Ricerche, scenari, emergenze sull'inclusione*. Lecce: Pensa Multimedia, pp. 64-72.
- Brunero, F., Venerosi, A., Chiarotti, F. & Arduino, GM (2019). Are touch screen technologies more effective than traditional educational methods in children with autism spectrum disorders? A pilot study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 55(2), pp.151-160.
- Buzzi M.C., Buzzi M., Maugeri M., Paolini G., Sbragia A., Senette C., Trujillo, A. (2020). Il Progetto Suoniamo: insegnare a suonare il pianoforte ai ragazzi con autismo utilizzando la tecnologia. In G. Adorni, A. De Lorenzo, L. Manzoni, E. Medvet (a cura di), *Atti Convegno Nazionale DIDAMATiCA 2020 "Smarter School for Smart Cities"*, Milano: AICA-Associazione Italiana per l'Informatica ed il Calcolo Automatico, pp.12-22.
- Cao, H.L., Esteban, P., Bartlett, M., Baxter, P.E., Belpaeme, T., Billing, E., ... Ziemke, T. (2019). Robot-enhanced therapy: development and validation of a supervised autonomous robotic system for autism spectrum disorders therapy. *IEEE Robotics and Automation Magazine*, 29(2), 49-58.
- Casas, X., Herrera, G., Coma, I., & Fernández, M. (2012). A Kinect-based Augmented Reality System for Individuals with Autism Spectrum Disorders. In *Proceedings of the International Conference on Computer Graphics Theory and Applications (GR.APP-2012)*, pp. 440-446.
- Conti, D., Di Nuovo, S., Buono, S., & Di Nuovo, A. (2017). Robots in education and care of children with developmental disabilities: a study on acceptance by experienced and future professionals. *International*

Journal of Social Robotics, 9, 51–62.

Conti, D., Di Nuovo, S., Buono, S., Trubia, G., & Di Nuovo, A. (2015). Uso della robotica per stimolare l'imitazione nell'Autismo. Uno studio pilota. *NEA-SCIENCE-Giornale Italiano di neuroscienze, psicologia e riabilitazione*, 1(5), 91-98.

Conti, D., Trubia, G., Buono, S., Di Nuovo, S., & Di Nuovo, A. (2018). Evaluation of a robot-assisted therapy for children with autism and intellectual disability. In *Annual Conference Towards Autonomous Robotic Systems* (pp. 405-415). Cham: Springer.

Conti, D., Trubia, G., Buono, S., Di Nuovo, S., & Di Nuovo, A. (2019). Affect Recognition in Autism: A single case study on integrating a humanoid robot in a standard therapy. *Qwerty-Open and Interdisciplinary Journal of Technology, Culture and Education*, 14(2), 66-87.

Conti, D., Trubia, G., Buono, S., Di Nuovo, S., & Di Nuovo, A. (2021). An empirical study on integrating a small humanoid robot to support the therapy of children with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Interaction Studies*, 22(2), 177-211.

Conti, D., Trubia, G., Buono, S., Di Nuovo, S., & Di Nuovo, A. (2020). Social robots to support practitioners in the education and clinical care of children: The CARER-AID project. *Life Span and Disability*, 23(1), 17-30.

David, D. O., Costescu, C. A., Matu, S., Szentagotai, A., & Dobrea, A. (2020). Effects of a robot-enhanced intervention for children with ASD on teaching turn-taking skills. *Journal of educational computing research*, 58(1), 29-62.

Di Carlo M. (2020). Progettazione dell'interfaccia fisica e digitale di uno smart object wearable per soggetti affetti da disfunzioni comunicative verbali. *UNICAM, Scuola di Architettura e Design "E. Vittoria"*: <http://193.204.8.106:8080/xmlui/handle/1336/6088>

Di Nuovo, A., Conti, D., Trubia, G., Buono, S., & Di Nuovo, S. (2018). Deep learning systems for estimating visual attention in robot-assisted therapy of children with autism and intellectual disability. *Robotics*, 7(2), 25.

Diehl, J.J., Schmitt, L.M., Villano, M., Crowell, C.R. (2012) The clinical use of robots for children with autism spectrum disorders: A critical review, *Research in Autism Spectrum Disorder*, 6, 249-262.

DiPietro, J., Kelemen, A., Liang, Y., Sik-Lanyi, C. (2019). Computer-and robot-assisted therapies to aid social and intellectual functioning of children with Autism Spectrum Disorder. *Medicina*, 55, 440.

Duquette, A., Michaud, F., Mercier H. (2008) Exploring the use of a mobile robot as an imitation agent with children with low-functioning autism, *Autonomous Robots*, 24, 147–157.

Fage, C., Consel, C.Y., Bolland, E., Etchegoyhen, K., Amestoy, A., Bouvard, M. e Sauzéon, H. (2018). Tablet apps to support first school inclusion of children with Autism Spectrum Disorders (ASD) in mainstream classrooms: A Pilot Study. *Frontiers Psychology*, 9: 2020.

Fondazione Sacra Famiglia (2020) Nascono i "Blu Home", gli appartamenti didattici per l'autismo. In *Vita International*, <http://www.vita.it/it/article/2020/09/17/nascono-i-blu-home-gli-appartamenti-didattici-per-lautismo/156663/>

Gallardo-Montes, C.D.P., Rodríguez Fuentes, A., Caurcel Cara, M.J. & Capperucci, D. (2022). Functionality of apps for people with Autism: Comparison between educators from Florence and Granada. *International Journal of Environmental Research Public Health* 19, n. 7019.

Gena, C., Mattutino, C., Brighenti, S. L., Matteo, N., Federico, B., & Falcone, F. V. (2020). Social assistive robotics for autistic children. In *Workshop on Adapted Interaction with Social Robots (cAESAR'20)*, CEUR, pp. 7-10.

Gena, C., Mattutino, C., Maieli, A., Miraglio, E., Ricciardiello, G., Damiano, R., & Mazzei, A. (2021). Autistic Children's Mental Model of an Humanoid Robot. In *Adjunct Proceedings of the 29th ACM Conference on User Modeling, Adaptation and Personalization*, pp. 128-129.

Gevarter, C., O'Reilly, M. F., Rojeski, L., Sammarco, N., Sigafos, J., Lancioni, G. E., & Lang, R. (2014). Comparing acquisition of AAC-based mands in three young children with autism spectrum disorder using iPad® applications with different display and design elements. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(10), 2464-2474.

Khowaja, K., Banire, B., Al-Thani, D., Sqalli, M.T., Aqle, A., Shah, A. e Salim, S.S. (2020). Augmented Reality for learning of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD): A systematic review. *IEEE Access Multidisciplinary Rapid Review Open Access Journal*, 8, 78779-78807.

Maskey M., Lowry J., Rodgers J., McConachie H., Parr J.R. (2014) Reducing Specific Phobia/Fear in Young People with Autism Spectrum Disorders (ASDs) through a Virtual Reality Environment Intervention. *PLoS ONE* 9(7): e100374.

Migliano, O., Di Ferdinando, A., Schembri, M., Caretti, M., Rega, A., & Ricci, C. (2013). STELT (Smart Technologies to Enhance Learning and Teaching): una piattaforma per realizzare ambienti di realtà aumentata per apprendere, insegnare e giocare. *Sistemi Intelligenti*, 25(2), 397-404.

Narzisi, A., Bondioli, M., Pardossi, F., Billeci, L., Buzzi, M. C., Buzzi, M., Pinzino M., Senette C., Semucci V., Tonacci A., Uscidda F., Vagelli B., Giuca M. R. & Pelagatti, S. (2021) La tecnologia come strumento per ridurre l'ansia dal dentista nei bambini con autismo. In F. Boschetti, A. M. Del Grosso, E. Salvatori (a cura di), *AIUCD 2021 - DH per la società: e-guaglianza, partecipazione, diritti e valori nell'era digitale*. Pisa.

Pierno, A.C., Mari, M., Lusher, D., Castiello, U. (2008) Robotic movement elicits visuomotor priming in children with autism, *Neuropsychologia*, 46, 448–454.

Provenzale, M. (2021). La disregolazione percettiva nell'autismo e potenzialità terapeutica dell'intelligenza artificiale: Il contributo delle neuroscienze in una visione multidimensionale nella comprensione delle risposte emotive nella sindrome autistica. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 3(2), 41-52.

Ragone, G., Good, J. & Howland, K. (2020). OSMoSIS: Interactive Sound Generation System for Children with Autism. *Proceedings of the 2020 ACM Interaction Design and Children Conference: Extended Abstracts*, pp.151-156.

Robins, B., Dautenhahn, K., Dickerson, P. (2009) From isolation to communication: a case study evaluation of robot assisted play for children with autism with a minimally expressive humanoid robot, *Second International Conference on Advances in Computer-Human Interaction, ACHI Cancun, Mexico*, pp. 205-211.

Robins, B., Dautenhahn, K., Te Boekhorst, R., Billard, A. (2005) Robotic assistants in therapy and education of children with autism: can a small humanoid robot help encourage social interaction? *Universal Access in the Information Society*, 4, 105–120.

- Romanazzi, A. (2021) Autismo, disabilità e le nuove tecnologie per l'integrazione. In M Baldoni e al. (a cura di), Atti Convegno Nazionale DIDAMATICA 2021, Istituto per le Tecnologie Didattiche - CNR Palermo, 7-8 ottobre 2021, pp. 192-198.
- Sahin, N. T., Keshav, N. U., Salisbury, J. P., & Vahabzadeh, A. (2018). Safety and lack of negative effects of wearable augmented-reality social communication aid for children and adults with autism. *Journal of Clinical Medicine*, 7(8), 188.
- Sahin, NT, Abdus-Sabur, R., Keshav, NU, Liu, R., Salisbury, JP e Vahabzadeh, A. (2018). Case Study of a Digital Augmented Reality Intervention for Autism in school classrooms: Associated with improved social communication, cognition, and motivation via educator and parent assessment. *Frontiers in Education*, 3, 57.
- Sanromà-Giménez, M., Lázaro Cantabrana, JL, Usart Rodríguez, M. e Gisbert-Cervera, M. (2021). Design and validation of an assessment tool for educational mobile applications used with autistic learners. *Journal of New Approaches in Educational Research* 10, 101-121.
- Santos, L., Geminiani, A., Schydlo, P., Olivieri, I., Santos-Victor, J., & Pedrocchi, A. (2021). Design of a robotic coach for motor, social and cognitive skills training toward applications with ASD children. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 29, 1223-1232.
- Shahab, M., Taheri, A., Hosseini, S. R., Mokhtari, M., Meghdari, A., Alemi, M., ... & Pour, A. G. (2017, October). Social Virtual reality robot (V2R): a novel concept for education and rehabilitation of children with autism. In 2017 5th RSI International Conference on Robotics and Mechatronics (ICRoM) (pp. 82-87).
- Sidoti, E., Palma, S., & Marrali, L. (2018). Inclusive didactics and assistive technologies: the experience of a group of special needs teachers. *Education Sciences & Society-Open Access*, 9(1), pp. 122-134.
- Simut, R. E., Vanderfaillie, J., Peca, A., Van de Perre, G., & Vanderborght, B. (2016). Children with autism spectrum disorders make a fruit salad with Probo, the social robot: an interaction study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 113-126.
- Smith, E., Toms, P., Constantin, A., Johnson, H., Harding, E. & Brosnan, M. (2020). Piloting a digitally-mediated social story intervention for autistic children led by teachers within naturalistic school settings. *Research in Autism Spectrum Disorders* 75, 101533.
- Tapus, A., Matari, M.J., Scassellati, B. (2007) Socially assistive robotics. *Grand Challenges of Robotics, IEEE Robotics & Automation Magazine*, 14, 35-42.
- Torrado, J. C., Gomez, J., & Montoro, G. (2017). Emotional self-regulation of individuals with autism spectrum disorders: smartwatches for monitoring and interaction. *Sensors*, 17(6), 1359.
- Vyshedskiy, A., Khokhlovich, E., Dunn, R., Faisman, A., Elgart, J., Lokshina, L., ... & Ilyinskii, P. O. (2020). Novel prefrontal synthesis intervention improves language in children with autism. *Healthcare*, 8(4), 566.
- Wong, C., Odom, S.L., Hume, K.A., Cox, A.W., Fettig, A., Kucharczyk, S., Brock, M.E., Plavnick, J.B., Fleury, V.P., Schultz, T.R. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of autism and developmental disorders*. 45, 1951-1966.

Technologies based on Artificial Intelligence supporting psychological treatment of Autism Spectrum Disorders

In the critical phase linked to the pandemic, the role of psychology in supporting health has often shifted onto a technological level, but it is important to verify how much this shift, which had already begun before the pandemic, is scientifically supported.

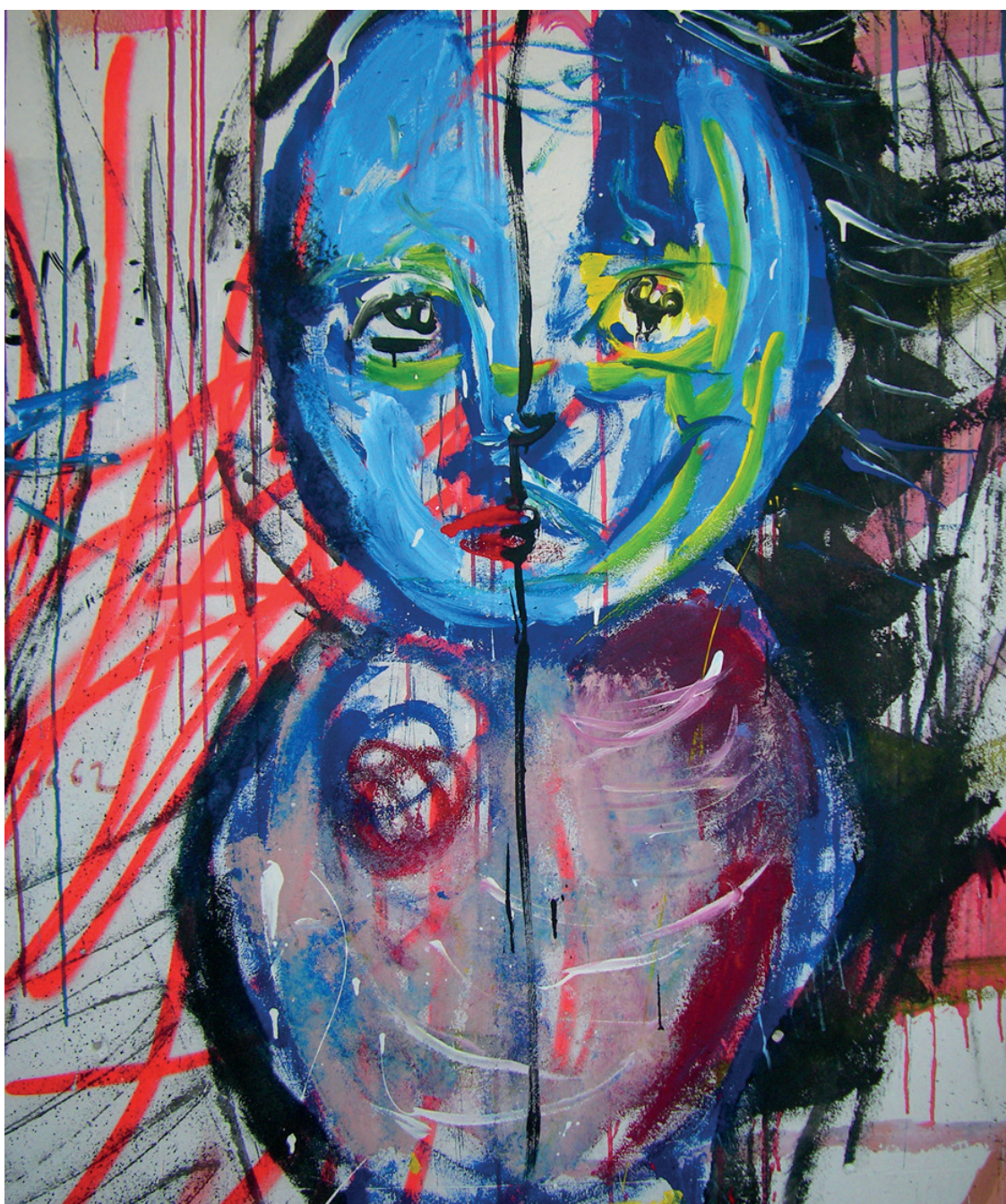
The review reports recent research aimed at verifying the usability, acceptability and effectiveness of technologies based on Artificial Intelligence, and aimed at supporting the psychological treatment of Autism Spectrum Disorders (ASD).

The experiments make use of commonly used tools, such as smartwatches, tablets and I-pads, specially programmed for specialist interventions, but also specific technologies such as virtual or augmented reality, and Assistive Social Robotics, which is specifically suitable for interventions with ASD subjects. The research results show that the tools are all the more effective the better they can be implemented within an individualized programme, based on valid and tested psychological models.

KEYWORDS: Autism, Artificial Intelligence, Psychological treatments, Assistive Robotics, Virtual reality

link

■ una storia
clinica



Antonella: un caso di disturbo del comportamento alimentare in un'adolescente con NF1 ai tempi del Covid-19

Antonella: a case of binge eating disorder in an adolescent with NF1 at the time of Covid-19

POLITO, A.N.* , SCIRANO, A**

PAROLE CHIAVE: Neurofibromatosi di tipo 1 (NF1), Adolescenza, Binge eating disorder, CBT

Antonella è una paziente con diagnosi di Neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) e Disturbo da Binge-Eating, con prevalenti abbuffate notturne, che si presenta nel corso della pandemia da Covid-19. Le viene proposta una terapia cognitivo-comportamentale standard integrata con tecniche di mindfulness e self-compassion. La famiglia viene seguita con colloqui di sostegno psicologico ad orientamento relazionale, a cadenza quindicinale.

Gli esiti sono positivi: gli episodi di abbuffata sono estremamente ridotti, così come il rimuginio e il perfezionismo. La diagnosi di NF1, finora non accettata dalla ragazza, viene elaborata e integrata nella visione globale di sé

Presentazione del caso

Antonella è un'adolescente con diagnosi di Neurofibromatosi di tipo 1, ha 14 anni e vive con i genitori, il fratello maggiore e la sorella minore. È iscritta al primo anno del liceo delle scienze umane con profitto sufficiente e buon adattamento al contesto scolastico. Poiché nessuno dei suoi familiari è affetto da NF1, Antonella rappresenta un caso sporadico (Rasmussen et al., 2000). I genitori gestiscono un albergo e passano diverse ore fuori casa, affidandosi all'aiuto di una parente che ha il compito di occuparsi della cura dei ragazzi e delle faccende domestiche.

Esame psichico

Sia nel corso della visita neuropsichiatrica che nel primo colloquio con lo psicologo, Antonella si presenta disponibile e collaborante alla trattazione e all'approfondimento dei vissuti emotivi al momento del ricovero.

Riferisce di soffrire, da circa un anno, di un "disturbo del comportamento alimentare", che la porta a mangiare una quantità di cibo significativamente maggiore rispetto a quanto avesse fatto nei periodi precedenti, accompagnata dalla sgradevole sensazione di perdere il controllo.

Le abbuffate si verificano in media 2-3 volte alla settimana durante il giorno e tutti i giorni durante la notte e sono accompagnate da marcato disagio, senza la messa in atto di condotte compensatorie inappropriate. Dopo le abbuffate sono presenti pensieri intrusivi con contenuto di colpa.

Circa due anni fa, durante l'inizio del periodo legato all'emergenza da Covid-19, ha iniziato a presentare attacchi di panico che collega al timore di essere giudicata negativamente dalle persone a causa della sua malattia.

Durante i colloqui anamnestici emerge la presenza di sbalzi d'umore, un'intensa rabbia verso i genitori che definisce "assenti".

Ha difficoltà ad esprimere i propri bisogni, temendo di disturbare o di essere rifiutata e costruisce pochi rapporti di amicizia.

Riferisce di non aver mai accettato la diagnosi di neurofibromatosi, che tiene nascosta e prova vergogna solo al pensiero che gli altri possano scoprirlo.

Prima della pandemia, praticava Karate per tre giorni a settimana.

Si definisce una ragazza perfezionista, indecisa e ansiosa, riflette a lungo sui suoi problemi senza essere pienamente consapevole dei propri stati mentali.

Antonella fatica a riconoscere le emozioni che prova, non sempre riesce a identificare i pensieri, le credenze e le emozioni direttamente collegabili al suo disagio.

Descrizione del problema e formulazione psicodiagnostica

A pochi mesi dall'inizio della pandemia, Antonella riferisce di aver iniziato a sperimentare un disagio crescente accompagnato ad un bisogno continuo di cibo che, inizialmente, veniva consumato per noia e che, successivamente, è diventato sempre più un meccanismo di gestione dell'ansia e delle preoccupazioni.

Diversi elementi sono sembrati in linea con l'ipotesi diagnostica di un Disturbo da binge-eating (APA, 2013) in paziente con Neurofibromatosi di tipo 1.

Si è effettuata una valutazione psicodiagnostica con l'utilizzo di un test cognitivo e la valutazione attraverso le scale psichiatriche di autosomministrazione SAFA.

Il profilo cognitivo, in linea con alcuni dati della letteratura scientifica sul funzionamento cognitivo dei pazienti con NF1 (Moore et al, 1994), risulta ai limiti (FIL), con un Q.I.T. di 76 alla scala WISC-IV.

Al test SAFA emergono punteggi, rispetto al range normativo, relativi alle scale:

- Disturbi d'ansia, con valori clinicamente significativi nelle sub-scale "Ansia sociale" e "Ansia da separazione";
- Disturbi depressivi, con valori al limite nella sub-scala "Insicurezza"
- Disturbi ossessivi, con valori al limite nelle sub-scale "Rupofobia contaminazione" e "Ordine Controllo";
- Disturbi alimentari psicogeni, con valori clinicamente significativi nelle sub-scale "Condotte bulimiche", "Aspetti psicologici - Paura della maturità" e "Accettazione e valutazione del corpo".
- Disturbi somatici e Ipocondria, con valori clinici in entrambi i sub-test.

Storia della sofferenza

Sin dalle elementari, Antonella utilizzava il cibo come modulatore affettivo. Durante il corso dei colloqui psicologici, riporta spesso episodi del passato in cui erano presenti difficoltà emotivo-relazionali, soprattutto in ambito familiare, che compensava con cibi ad alto contenuto calorico (panini molto farciti, prodotti da forno e dolci) senza configurarsi, apparentemente, come abbuffate.

Riferisce di essere venuta a conoscenza della diagnosi di neurofibromatosi a dieci anni, dopo una visita dermatologica, in cui erano evidenziabili molte macchie caffè-latte, a cui erano seguiti altri controlli specialistici che avevano confermato l'ipotesi del dermatologo.

I genitori hanno vissuto il momento della diagnosi e le fasi successive con shock e incredulità, iniziando ad essere più accudenti e a sperimentare giornalmente ansia e senso di impotenza.

Il cibo ha iniziato a rappresentare una fonte di rassicurazione, data da una maggiore sensazione di controllo e di gestione emotiva di Antonella e dei suoi genitori. L'anno successivo, in prima media, Antonella ha iniziato a prendere peso e a provare vergogna per la forma del proprio corpo; in seguito, i genitori si sono rivolti ad un nutrizionista che ha prescritto un piano alimentare, dopo il quale ha ristabilito un peso forma.

Profilo interno

Dalla ricostruzione degli stati interni emerge come Antonella abbia una visione di sé come debole, diversa dagli altri a causa della patologia di cui è affetta, per questo insicura nel rapportarsi agli altri. Sente di essere "inferiore" alle sue compagne di classe sia perché molte sono più popolari e con una vita relazionale più ricca ("quasi tutte le mie compagne di classe sono fidanzate, io non ho mai baciato un ragazzo")

A pochi mesi dall'inizio della pandemia, Antonella riferisce di aver iniziato a sperimentare un disagio crescente accompagnato ad un bisogno continuo di cibo che, inizialmente, veniva consumato per noia e che, successivamente, è diventato sempre più un meccanismo di gestione dell'ansia e delle preoccupazioni. Diversi elementi sono sembrati in linea con l'ipotesi diagnostica di un Disturbo da binge-eating (APA, 2013) in paziente con Neurofibromatosi di tipo 1.

Le tecniche utilizzate hanno riguardato: la formulazione condivisa del caso, la psicoeducazione riguardo al disturbo del comportamento alimentare, l'utilizzo di un diario alimentare e della tecnica degli ABC sulle abbuffate, la riflessione e la validazione del disturbo letto alla luce del suo funzionamento e della sua storia di vita, il riconoscimento degli stati emotivi in cui si trova, le catene comportamentali, il miglioramento dell'insight rispetto alla sua storia di vita e familiare, l'analisi del dialogo interiore, il ruolo e significato del rimuginio critico e auto-invalidante.

e hanno abitudini diverse dalla sua ("escono, fumano e bevono ma io so che non posso farlo a causa della mia malattia, ho paura che possa peggiorare e chissà cosa potrebbe succedere"). Per timore di sentirsi inadeguata, tende ad evitare molte situazioni sociali, dopo le quali rimugina fino a sentire "un nodo alla testa".

Attualmente non sono presenti fibromi cutanei e teme che possano presentarsi e renderla bizzarra agli occhi degli altri ("se dovessero venire fuori i fibromi sarebbe una tragedia perché già non mi accetto così come sono, figuriamoci").

Sviluppa obiettivi perfezionistici in diversi ambiti (scuola, relazioni, attività sportive) che controlla ossessivamente e con modalità critiche ("Devo essere forte e devo bastarmi, devo essere indipendente e lavorare perché quando i miei genitori non ci saranno più so già che, a causa del mio carattere, potrei rimanere sola"). Quando le strategie perfezionistiche falliscono, il rimuginio critico diventa molto più pervasivo. La bassa autostima nucleare di Antonella, gli evitamenti, la disregolazione emotiva e difficoltà nell'accettazione della diagnosi di NF1 rappresentano fattori che alimentano e mantengono attive le sue problematiche.

Esordio e vulnerabilità

Sulla base della ricostruzione della storia di vita di Antonella e dell'anamnesi individuale e familiare è possibile ipotizzare che, intorno ai 10 anni la bambina abbia iniziato a sperimentare, nel contesto familiare, un'eccessiva preoccupazione dovuta alla scoperta della malattia, che ha innescato comportamenti di smisurato accudimento da parte delle figure parentali.

Le problematiche della paziente sembrano insorgere gradualmente a partire da quel periodo e intensificarsi fino ad oggi, con un picco nei primi mesi dopo l'inizio della pandemia.

È possibile individuare diversi fattori che potrebbero aver inciso sulla costruzione delle credenze di Antonella:

- Utilizzo del cibo come modulatore emotivo;
- L'esposizione ad uno stress importante, quale la scoperta della diagnosi di NF1 e riadattamento familiare;
- Atteggiamenti iper-accudenti delle figure genitoriali in seguito alla diagnosi di NF1;
- Aver appreso, in ambito familiare, l'impossibilità di esprimere bisogni ed emozioni e strategie perfezionistiche per gestire le proprie difficoltà.

Trattamento individuale e familiare

L'obiettivo iniziale del trattamento ha riguardato la diminuzione delle abbuffate, diurne e notturne, attraverso la regolazione emotiva e dei comportamenti disfunzionali.

In sintesi, le tecniche utilizzate hanno riguardato: la formulazione condivisa del caso, la psicoeducazione riguardo al disturbo del comportamento alimentare, l'utilizzo di un diario alimentare e della tecnica degli ABC sulle abbuffate, la riflessione e la validazione del disturbo letto alla luce del suo funzionamento e della sua storia di vita, il riconoscimento degli stati emotivi in cui si trova, le catene comportamentali, il miglioramento dell'insight rispetto alla sua storia di vita e familiare, l'analisi del dialogo interiore, il ruolo e significato del rimuginio critico e auto-invalidante. Sono state impiegate tecniche di mindfulness e self compassion per favorire l'accettazione della NF1.

La ristrutturazione cognitiva è stata impiegata come mezzo per lavorare sugli standard e sul rimuginio critico ed è stata proposta una diversa modalità di reazione, che le ha permesso di osservare e "ristrutturare" tale dialogo alla comparsa, integrandolo con aspetti più compassionevoli e con il ricorso a visualizzazioni e immagini di un luogo sicuro.

Le abbuffate, molto ridotte, sono state vissute con un atteggiamento diverso e con maggiore autocompassione.

La famiglia ha svolto, contemporaneamente, dei colloqui di sostegno psicologico che hanno permesso di lavorare su dinamiche, attuali e pregresse, relative alla scoperta della diagnosi di NF1, ai comportamenti da poter adottare con Antonella e al loro ruolo nella genesi e nel mantenimento delle situazioni problematiche.

Conclusioni

Dopo circa un anno di terapia, Antonella sta molto meglio e continua ad utilizzare ciò che ha appreso durante il suo percorso. Utilizza un dialogo interno molto


più flessibile e ha imparato a riconoscere i “campanelli di allarme” prima delle abbuffate che, raramente, si presentano quando legate all’attivazione di alcuni stati mentali problematici. Riesce a riconoscere quando diventa eccessivamente critica e autogiudicante, utilizzando tecniche di *mindfulness* e *self-compassion* per farvi fronte. Percepisce un maggiore senso di auto-efficacia e assertività: ha deciso di comunicare la patologia alle sue compagne di classe ed è diventata uno dei membri più attivi all’interno di blog e gruppi online in cui si ritrova con altre persone affette da malattie rare.

*Direttore S.C. Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, Policlinico Riuniti di Foggia

** Psicologo, S.C. Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, Policlinico Riuniti di Foggia

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013
- Barcaccia B (2010). La formulazione del caso clinico. In Perdighe C, Mancini F (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva, pp. 22-37. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Castelfranchi C & Miceli M (2002). Architettura della mente: scopi, conoscenze e loro dinamica. In Castelfranchi C Mancini F & Miceli M (eds). Fondamenti di Cognitivismo Clinico (pp. 45-62). Torino: Bollati Boringhieri
- Cianchetti C., Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti SAFA, Firenze, Giunti OS, 2001.
- Gander M., Sevecke K. and Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective *Frontiers in Psychology* (2004) Volume 6 Article 1136
- Fairburn CG, Cooper, Z, & Shafran, R (2008). Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders (“CBT-E”): An overview. In CG Fairburn (eds), *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders* (pp 23-24). New York: Guilford Press (trad. It. La terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) per i disturbi dell’alimentazione: un quadro d’insieme), pp 35-49. In CG Fairburn (eds) (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell’alimentazione*, Firenze: Eclipsi.
- Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, et al. *Int J*. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Eat Disord.* (2005) 38:371-374.
- McIntosh V., Jordan J., Carter Janet, Frampton C., McKenzie J., Latner J., Joyce P, *Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy* *Psychiatry Research* 240 (2016) 412-420
- Moore BD, 3rd, Ater JL, Needle MN, Slopis J and Copeland DR (1994). “Neuropsychological profile of children with neurofibromatosis, brain tumor, or both”. *J Child Neurol* 9 (4): 368-77.
- Rasmussen SA, Friedman JM. NF1 gene and neurofibromatosis 1. *Am J Epidemiol.* (2000) 151:33-40.



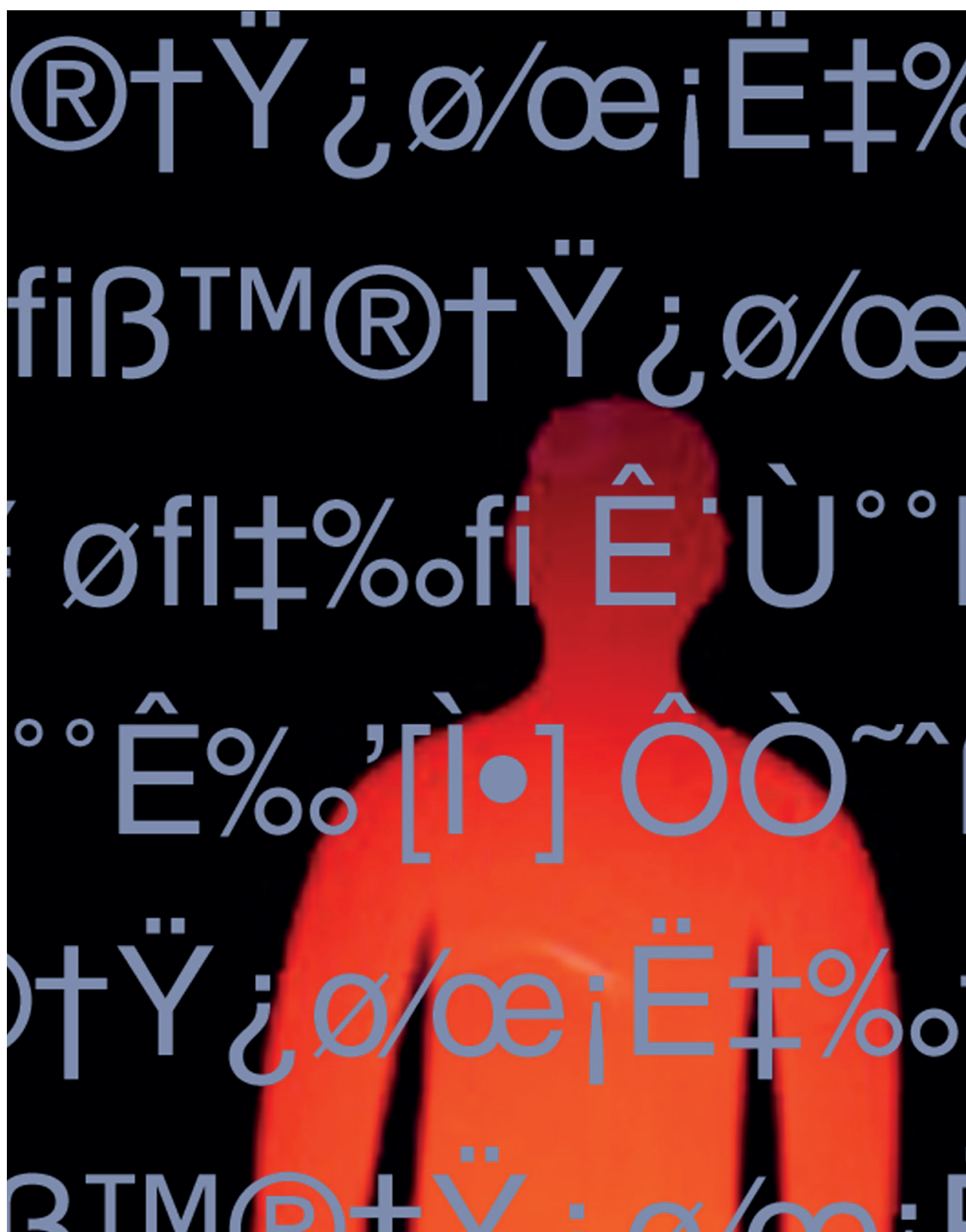
Antonella: a case of binge eating disorder in an adolescent with NF1 at the time of Covid-19

Antonella is a patient with Neurofibromatosis Type 1 (NF1) and Binge-Eating Disorder, with prevalent nocturnal binge eating during the Covid-19 pandemic. She is offered a standard cognitive-behavioral therapy integrated with mindfulness and self-compassion techniques. The family is followed with psychologically supportive relationship-oriented interviews every two weeks. The outcomes are positive: binge eating episodes have been extremely reduced, as are brooding and perfectionism. The diagnosis of NF1, until then not accepted by the patient has been elaborated and integrated into the global vision of Self.

KEY WORDS: Neurofibromatosis type 1 (NF1), Adolescence, Binge eating disorder, CBT

link

■ riflessioni



Evidenza scientifica in deontologia

Scientific evidence in deontology

CATELLO PARMENTOLA*, ELENA LEARDINI**

PAROLE CHIAVE: deontologia, etica, scienza, società

1. Evidenza scientifica in deontologia?

Riferire l'evidenza scientifica alla deontologia appare di primo acchito piuttosto azzardato: un contributo con un mandato del genere sembrerebbe un esercizio senza rete e con un alto coefficiente di difficoltà.

Non c'è alcuna bibliografia specifica a riguardo o, almeno, nulla che metta in parallelo l'una e l'altra non tanto accanto, quanto piuttosto intersecanti; si è abituati, infatti e per molti versi correttamente, a considerare l'evidenza scientifica come correlata ad altri e molto diversi campi di applicazione pratica; essa inoltre evoca sempre conclusioni sperimentali o casistiche sicure e non equivocabili.

La deontologia, invece, viene sovente vista come un insieme generale ed astratto di principi, regole e consuetudini che ogni gruppo professionale si dà e che si ritiene debbano essere osservate, più che nell'esercizio della professione, nella sua ideazione. Nelle sue quote etiche passive, è – in effetti e prima di tutto – dovere, declinato in termini giuridici per consentire l'applicazione di un'espressa sanzione in caso di sua violazione.

Tuttavia, la deontologia sovrappone nella sostanza tre dimensioni: l'Etica, la Scienza, la Società. Nella forma, si ispira al Diritto, adottandone principi e formule, così come generalità ed astrattezza. La sua dimensione etica è quella della soggettività, della filosofia dell'azione volontaria del soggetto. La dimensione della scienza è quella data dal vertice di osservazione specifico di una disciplina definita su basi scientifiche. La dimensione sociale è quella del sistema di valori e di regole che strutturano la convivenza di una collettività.

La deontologia è, quindi, una dimensione non solo giuridica, fortemente evolutiva, storicamente determinata e con un livello di complessità elevato.

Ciò comporta il necessario ricorso a convenzioni che fissino il senso del comune sentire riguardo a quale sia la buona (migliore) regola metodologica in quel determinato periodo storico, nonché a formule generali e astratte che consentano la comprensione e l'applicazione più estese possibile di tale regola.

Così ragionando, si delinea ciò che qui si vuole affermare: la deontologia non è evidenza scientifica, o meglio, la deontologia non può essere considerata tout court evidenza scientifica perché la deontologia parla dell'evidenza scientifica pur senza esserlo.

L'approccio scientifico *evidence based* può essere ritenuto un approccio deontologico nella misura in cui la comunità scientifica lo ritiene una corretta regola metodologica. Se, poniamo per assurdo, il procedere per evidenza scientifica perdesse, per motivi oggettivi, la propria affidabilità e, quindi, quella stessa comunità scientifica dovesse ritenerlo superato e metodologicamente scorretto, esso diventerebbe non deontologico.

2. Le misure scientifiche della deontologia

È stato sopra detto che la deontologia sovrappone nella sostanza tre dimensioni: l'Etica, la Scienza, la Società, e, quanto alla forma, si ispira al Diritto, adottandone principi e formule. È stato detto che soltanto la seconda dimensione (la Scienza) parrebbe evocare la misura scientifica dell'evidenza, ciò però non significa che non ci siano tante misure scientifiche anche nell'Etica, con riferimento alla scienza filosofica che la indaga, o nella Società, con riferimento alla scienza sociologica che la indaga,

*Bisogna
"banalmente"
conoscere le Leggi
per un'applicazione
coerente della
Gerarchia delle Fonti
di Diritto. Bisogna
conoscere requisiti
e connotazioni
di un articolato
giuridico formale.
Bisogna saperlo
strutturare in tutte
le imprescindibili
coerenze logiche
interne, dai
richiami tematici
alle gradualità,
dagli equilibri
di fattispecie al
linguaggio.*

per non parlare della scienza del Diritto che indica principi e formule alla (della) Forma deontologica.

Quindi, non è la scienza che manca alla deontologia, ce n'è fin troppa, e neanche la sua evidenza: è tutto assolutamente riscontrabile e dimostrabile.

Semplicemente, per le intrinseche caratteristiche della materia, la deontologia si ritrova ad utilizzare altre Scienze (filosofica, sociologica e, soprattutto, del Diritto) rispetto alla Clinica.

È anche vero che l'evidenza scientifica nasce in Medicina, ad essa soprattutto si applica nelle sue codificazioni riconosciute, per estensione, ad altre dimensioni cliniche e sanitarie.

È, quindi, a 'questa' evidenza scientifica riconosciuta e propriamente detta che faceva riferimento anche il mandato di questo contributo: 'evidenza scientifica in deontologia'.

Speculativamente si proverà comunque a non sottrarsi alla sfida di tale mandato, ma non prima di avere rivendicato tutte le altre scienze e tutte le altre evidenze scientifiche di cui 'è fatta' la deontologia.

Alla base della deontologia c'è una ricerca molto scientifica nella individuazione e focalizzazione e 'accertamento' di tutti i paradigmi di riferimento, etici, culturali, sociali.

La misura deontologica deve calzare sartorialmente su quella data comunità professionale in atto, in quel momento, in quel contesto: quindi bisogna conoscere molto bene quel contesto, in premessa, dal punto di vista normativo, dal punto di vista dei suoi paradigmi professionali e scientifici, ecc. Ogni scienza convocata dalla deontologia potrebbe essere trattata per pagine e pagine, ma non si vuole eludere il mandato. Pensiamo qui solo a quanta scienza del Diritto è indispensabile all'estensione di un articolato giuridico-formale quale un Codice Deontologico. Bisogna "banalmente" conoscere le Leggi per un'applicazione coerente della Gerarchia delle Fonti di Diritto. Bisogna conoscere requisiti e connotazioni di un articolato giuridico formale. Bisogna saperlo strutturare in tutte le imprescindibili coerenze logiche interne, dai richiami tematici alle gradualità, dagli equilibri di fattispecie al linguaggio.

Ognuno di questi punti ha sottese codificazioni scientifiche, sacri testi di riferimento, procedure, strumenti ecc.: senza volere entrare nel merito dei contenuti, con riferimento a tutte le altre dimensioni sopra evocate, tra etica, società e Modelli scientifici, e -per ogni norma- l'evocazione speculativa di ogni fattispecie tecnico-professionale, per avere la sicurezza che, ad ogni fattispecie e sottordine, ogni norma possa essere poi utilmente applicata.

3. Appropriatezza deontologica e appropriatezza tecnico-professionale in psicologia

Abbiamo sopra ritenuto che il mandato di questo contributo si riferisse all'evidenza scientifica per come viene solitamente evocata, nell'applicazione dei paradigmi sperimentali alla clinica, a partire dall'accertabilità, misurabilità, riproducibilità degli esiti.

E, proprio perché è alla Medicina e alla Clinica che viene chiesto di riferirsi ai criteri dell'evidenza scientifica, proprio dalla clinica, transitivamente, possiamo "assumere" una possibilità indiretta di "far rientrare" speculativamente l'evidenza clinica anche nella deontologia, per un motivo molto semplice: nell'esperienza di ogni psicologo è verificata una coincidenza statisticamente non equivocabile tra deroga deontologica ed errore clinico.

Possiamo addirittura affermare che ogni deroga deontologica è anche sempre una deroga tecnico-professionale ed ogni errore tecnico-professionale è contestualmente, sempre, anche una deroga deontologica. Si può arrivare ad istituire contesti ed esercizi tecnico-professionali corretti e funzionali semplicemente curando molto l'appropriatezza deontologica di ogni passaggio, e, soprattutto, possiamo stare certi che l'irreprensibilità tecnica contiene sempre anche una forma di rigore 'deontologico'. Ci sono disposizioni personologiche di rigore e di qualità che vanno ineludibilmente a dispiegarsi in ogni dimensione del fare: l'accuratezza e il rispetto delle regole e delle procedure sono sempre contestualmente un fatto tecnico e deontologico, deontologico e tecnico.

(Un po' allo stesso modo per cui ci si rende sempre più conto che la semplice correzione di errori epistemologici già sostanzia un processo psicoterapeutico, già

fa implicitamente molto di quello che ci si aspetta dall'applicazione di un Modello psicoterapeutico).

Posto come vero tutto quanto fin qui affermato, vien da sé che, nel valutare le condotte e gli esiti tecnico-professionali con i parametri e i criteri codificati dell'evidenza scientifica, ci si ritrova implicitamente a valutare allo stesso modo anche l'appropriatezza deontologica.

In linea teorica, condotte tecnico-professionali opache, equivocabili, senza misure sicure e riscontrabili, hanno un sotteso deontologico vago e approssimativo.

Dunque, passare attraverso la dimensione tecnico-professionale, potrebbe essere un buon modo per fare arrivare l'evidenza scientifica fino alla deontologia, tuttavia questa riflessione è solo speculativa, per non sottrarsi al mandato, per cimentarsi intellettualmente con l'argomento proposto, per il semplice motivo che l'evidenza scientifica, per come ce la rappresentiamo e intendiamo, non dovrebbe riguardare mai la psicologia e la psicoterapia poiché, pur con diverse epistemologie, psicologia e psicoterapia hanno entrambe misure scientifiche completamente diverse da quelle mediche, non riducibili a quel tipo di oggettivazione.

Ce lo dicono Karl T. Jaspers, Jerome S. Bruner, Ludwig J. J. Wittgenstein, Edmund G. A. Husserl, Immanuel Kant, Friedrich W. Nietzsche, Eraclito, Jacques Lacan, Ronald D. Laing, Oliver W. Sacks, James Hillman..., e si potrebbero scrivere molte pagine di epistemologia per spiegare che psicologia e psicoterapia hanno una diversa evidenza ed una diversa scientificità di riferimento.

Questo ci porterebbe tuttavia fuori tema e non consentirebbe di giocare fino in fondo 'il gioco' proposto dal mandato di questo contributo.

4. Una misura della deroga deontologica

La prima misura che sovviene della deroga deontologica è il discostamento dalla norma.

Si tratta di un discostamento formale e tangibile e non equivocabile.

C'è un articolato giuridico-formale, il Codice Deontologico, con un corpus prescrittivo (etica passiva) di regole cui attenersi: se c'è un discostamento, una condotta difforme, c'è una deroga deontologica.

Riferendosi l'etica passiva esclusivamente alla condotta tangibile, di fatti 'conta' solo ciò che è riscontrato e misurato (valutato) in una concreta logica di Diritto formale. L'etica passiva del Codice consta di regole prescrittive, prescrive condotte tangibili, non convoca pensiero, emozione, intenzione, soggettività...: va ribadito una volta di più in questo contesto proprio per evocare una sicura misurabilità della deroga e una sua dimensione – anche procedurale – estremamente scientifica, con riferimento alla scienza del Diritto.

Ci sono poi deroghe e discostamenti che richiamano invece paradigmi diversi di scientificità, hanno una più complessa oggettivazione ed espongono altre dimensioni deontologiche: ci si riferisce all'etica attiva.

Anche qui i discorsi sarebbero lunghi e allontanerebbero dall'intenzione sottesa al mandato di questo contributo, come anche tanti altri ordini e sottordini della 'misura' della deroga deontologica.

Qui, come abbiamo fatto nel paragrafo precedente, richiamiamo soltanto la misura che più avvicina la misura deontologica a quella clinica, in modo che, ancora una volta, una possa mutuare dall'altra.

In clinica, lo psicologo sente quando una difficoltà non è organica e funzionale al processo, quando non ne è un passaggio prevedibile, quando è maldisposto nei confronti di quella seduta, quando non funziona bene, quando è insicuro e 'imballato'. Quando tutto questo può fare danno.

Lo psicologo sente questa difficoltà diffusa in lungo (nel tempo) e in largo (investe vari aspetti dell'esercizio professionale), ma quando può ritenersi formalmente su una soglia deontologica? per esempio, l'opportunità di non proseguire con quel caso clinico?

Introdurre la soglia deontologica è fondamentale perché, essendo vincolante giuridicamente, fornisce un riferimento formale, mentre l'opportunità clinica è più metabolicamente legata al "sentire" soggettivo, è sempre più complessa ed opinabile. Bene, la soglia deontologica è costituita da un dato formale, dall'evocazione di un dato formale, dall'irruzione improvvisa del richiamo formale laddove non dovrebbe esserci, laddove può soltanto dis-turbare: nel gioco intersoggettuale del processo terapeutico.

Possiamo affermare che ogni deroga deontologica è anche sempre una deroga tecnico-professionale ed ogni errore tecnico-professionale è contestualmente, sempre, anche una deroga deontologica. Si può arrivare ad istituire contesti ed esercizi tecnico-professionali corretti e funzionali semplicemente curando molto l'appropriatezza deontologica di ogni passaggio, e, soprattutto, possiamo stare certi che l'irreprensibilità tecnica contiene sempre anche una forma di rigore 'deontologico'.

Quando lo psicologo esce dalla relazione (che è processo, non forma) per andarne a misurare gli andamenti su parametri formali, significa che –in quel caso- la sua insicurezza tecnico-professionale è arrivata a un punto così inabilitante che l'irresponsabilità di proseguire è sindacabile anche deontologicamente.

In questo caso, dunque, la deontologia è una sponda della valutazione di una condotta tecnico-professionale, perfino più scientifica e sicura della clinica.

È la deontologia che si assume la responsabilità di affermare qualcosa di sicuro e di fornire una misura formale, un riferimento certo alla clinica: è un errore mischiare mele e pere, misurare un processo relazionale sui parametri formali, stare con la testa su quello che dicono i libri mentre si dovrebbe stare con i pazienti.

Si tratta di una condotta che arreca sicuramente danno sia al paziente che allo psicologo e, quindi, non appena interviene, la prima volta che interviene il parametro formale laddove non deve, si finisce in una deroga deontologica se non si rimette quel mandato tecnico-professionale.

Questa deontologia così scientificamente probante è stata qui richiamata a giusta conclusione di un contributo che sfidava a collegarla alle misure dell'evidenza scientifica.

BIBLIOGRAFIA

- Barone L. - Gilardi S., Il concetto di competenza comunicativa in psicologia: una riflessione in chiave epistemologica, *Epistemologia*, VII, 1984;
Borgna E., I conflitti del conoscere, Feltrinelli, Milano 1989;
Brunner J., La ricerca del significato – per una psicologia culturale, Bollati Boringhieri, Torino 1992;
Dal Lago A., Il meta - libro di Bateson, in aut aut n. 251, sett. - ott. 1992;
Parmentola C., Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia, Giuffrè Editore, 2000;
Parmentola C., Prendersi cura, Giuffrè 2003.
Parmentola C., LA DEONTOLOGIA DEGLI PSICOLOGI - le conoscenze indispensabili all'esercizio professionale, edito dall'Ordine Psicologi Regione Campania, nel 2013 (prima edizione) e nel 2018 (seconda edizione);
Parmentola C., COSTRUIRE, RACCONTARE E CONNETTERE – la Deontologia nell'esercizio e nella storia della professione psicologica, edito dall'Ordine Psicologi Friuli Venezia Giulia nel 2018 (prima edizione) e dall'Ordine Psicologi Abruzzo – con Psiconline Editrice - nel 2018 (seconda edizione).

NOTE BIOGRAFICHE

*CATELLO PARMENTOLA (Scafati, 1955)

Psicologo, Psicoterapeuta, è Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno. In tale ambito, ha contribuito allo sviluppo della professione, 'aprendo' agli psicologi settori nuovi come le Tossicodipendenze, codificandone i primi paradigmi e Protocolli di Intervento in volumi quali ROTE A MARGINE – articoli 1981-1990 e NOTTE A MARGINE – i numeri e le parole della 'droga', Laveglia 1997; la Diabetologia, codificandone i primi paradigmi e Protocolli di Intervento in volumi quali LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE DIABETICO, Plectica 2007 e PSICOLOGIA E DIABETE – l'esperienza dello psicologo nei Servizi di diabetologia, Plectica 2011; l'Hospice, codificandone i primi paradigmi e Protocolli di Intervento in volumi quali FINO ALLA FINE DEL TEMPO – una riflessione sulla psicologia palliativa (in pubblicazione).

È stato ricercatore presso l'Istituto Superiore della Sanità; è valutatore ISO 9001 dei Sistemi di Gestione della Qualità - settore sanitario (ha guidato dal 999 al 2001 l'accreditamento Qualità del Servizio di Diabetologia di Salerno); è formato con la Bocconi di Milano in management sanitario.

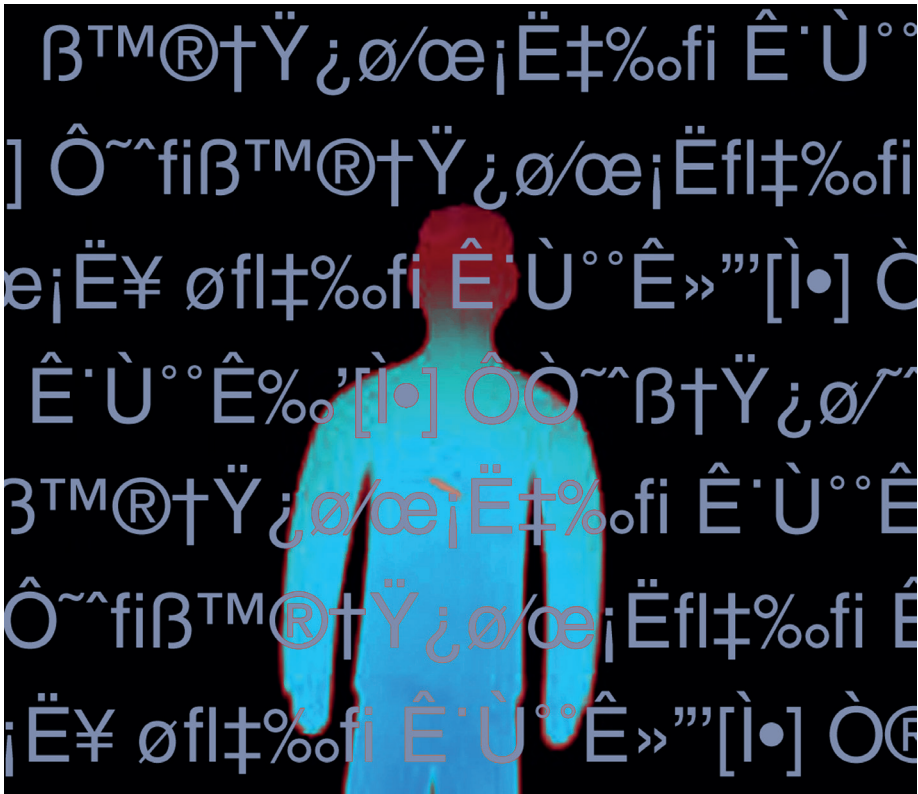
È stato vicepresidente dell'Ordine Psicologi della Regione Campania e componente della Commissione Deontologia dell'Ordine Nazionale che estese il primo Codice Deontologico degli psicologi italiani.

Attualmente membro della Commissione Giuridica Istituzionale del Consiglio Nazionale dell'Ordine, è stato –dal 1993 ad oggi– in diverse Commissioni del CNOP. In tale ambito, ha esteso le prime Linee Guida per la Professione on line e collaborato alle revisioni e all'estensione delle successive; ha esteso i Regolamenti Disciplinari di vari Ordini regionali e collaborato all'estensione delle Linee Guida di Psicologia Giuridica e Forense; ha esteso le Linee d'Indirizzo per l'Applicazione dell'Art.31 del C. D. degli Psicologi.

A tale impegno istituzionale ha dedicato volumi quali IL SOGGETTO PSICOLOGO E L'OGGETTO DELLA PSICOLOGIA nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani, Giuffrè Editore, 2000; PRENDERSI CURA - il soggetto psicologo e il senso dell'Altro tra clinica e sentimento, Giuffrè Editore, 2003; LA DEONTOLOGIA DEGLI PSICOLOGI - le conoscenze indispensabili all'esercizio professionale, edito dall'Ordine Psicologi Regione Campania, nel 2013 (prima edizione) e nel 2018 (seconda edizione); COSTRUIRE, RACCONTARE E CONNETTERE – la Deontologia nell'esercizio e nella storia della professione psicologica, edito dall'Ordine Psicologi Friuli Venezia Giulia nel 2018 (prima edizione) e dall'Ordine Psicologi Abruzzo – con Psiconline Editrice - nel 2018 (seconda edizione).

Docente attualmente e fin dalla sua istituzione presso la sede di Napoli dell'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale, è stato docente di psicologia scientifica presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Salerno e di psicologia generale presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli.

Ha collaborato a molte riviste scientifiche (Psicologia oggi, Simposio, La Professione di psicologo, Nuove Prospettive in Psicologia, Link, Janus, Informa...) ed a molte opere collettive, tra cui: IL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI commentato articolo per articolo, Giuffrè 1999; LO PSICOLOGO AL



LAVORO. CONTESTI PROFESSIONALI, CASI E DILEMMI, DEONTOLOGIA, Franco Angeli 2001; L'APPROCCIO PSICOLOGICO NEL DIABETE- IL DIALOGO, LE TEORIE, L'ESPERIENZA, Roche Diagnostics S.p.A. 2007; PSICOLOGIA PENITENZIARIA, E.S.I. 2007...

Dirige dal 1997 la Collana di Scientifica della Plectica Editrice. In tale ambito, ha pubblicato molti volumi e, di molti, ne è stato anche diretto curatore, da CURARE LA CURA - l'elusione del Corpo, della Parola, del Tempo e della Morte, nel Mondo e nella relazione clinica (2003) fino a STORIA DELLA PSICOLOGIA SALERNITANA nel racconto dei suoi protagonisti (in pubblicazione).

È presente, con 16 pagine dedicate, nel volume LO SVILUPPO DELLA PSICOLOGIA IN CAMPANIA DAL 1950 AD OGGI di P. Valerio - P. Fazzari - A. Galdo, edito (2018) dall'Ordine degli Psicologi della Campania.

****ELENA LEARDINI**

(Pesaro, 1968), Avvocato, è Consulente legale per la deontologia professionale degli Psicologi per diversi Enti Pubblici e Privati; già Membro esterno della Commissione Etica e Deontologia dell'Ordine Psicologi Lombardia e Membro effettivo del Gruppo per la Formazione a Distanza dello stesso Ordine.

Collabora con l'Università di Urbino - Corso di Psicologia Giuridica e l'Università degli Studi di Milano-Bicocca; è Docente a Contratto di Etica Deontologica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Facoltà di Psicologia.

Autrice di molti articoli, ha partecipato a vario titolo a diverse opere, da ETICA E DEONTOLOGIA PER PSICOLOGI, A. Corradini e al., ed. Carocci, Roma 2006 a LA TUTELA DELL'INTERESSE DEL MINORE: DEONTOLOGIE A CONFRONTO, a cura di G. O. Cesaro, ed. Franco Angeli, Milano 2007.

Ha collaborato con C. Parmentola a COSTRUIRE, RACCONTARE E CONNETTERE - la deontologia nell'esercizio e nella storia della professione psicologica, edito dall'Ordine Psicologi Regione Friuli Venezia Giulia, 2018 (prima edizione) e dall'Ordine Psicologi Regione Abruzzo (con Psiconline Ed.), 2018 (seconda edizione)

È coautrice, con E. Calvi e G. Gulotta de IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI COMMENTATO ARTICOLO PER ARTICOLO, ed. Giuffrè, Milano 2018.

Scientific evidence in deontology

To refer scientific evidence to deontology seems a rather queer and difficult task: there is no bibliography on the subject, no literature investigating their interaction. It is customary to consider scientific evidence as connected to other and more practical fields of application. It evokes experimental research, or well defined cases.

Deontology, instead, is seen as a general body of abstract rules and customs which a professional group defines for itself, and decides to follow sometimes more in principle than in actual practice.

KEY WORDS: deontology, ethics, science, society

link
— recherche



La valutazione degli esiti della psicoterapia in un centro di salute mentale

Evaluation of the outcomes of psychotherapy in a mental health center

GIANUARIO BUONO* SARA DE LAURENTIS**

Questo articolo fornisce una fotografia dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici erogati nell'arco di 2 anni da un Servizio Pubblico di Salute Mentale ad un gruppo di 51 utenti con diagnosi di disturbi d'ansia o depressivi. Lo strumento usato per valutare l'efficacia del trattamento è il CORE-OM. Le psicoterapie sono state fornite da psicoterapeuti in formazione provenienti da diversi approcci che si sono attenuti ad un modello di psicoterapia breve che prevedeva circa 20 sedute. Lo studio si è concentrato sul miglioramento nelle aree indagate dal Core Om, misurato attraverso due diversi indicatori: il cambiamento affidabile della condizione clinica (RCC) e quello clinicamente significativo (CSC). Dai risultati emerge che le aree in cui si sono ottenuti i miglioramenti più significativi sono quelle del benessere soggettivo e della gestione dei problemi e sintomi. Circa la metà del campione, con un punteggio totale iniziale superiore al cutoff clinico, ha ottenuto un cambiamento affidabile della condizione clinica mentre più di un quarto ha ottenuto un cambiamento clinicamente significativo passando da punteggi superiori al cutoff clinico a punteggi inferiori. Questo studio mostrerebbe come, in linea con la letteratura, la psicoterapia già nell'arco di 22 sedute otterrebbe buoni risultati in termini di efficacia.

PAROLE CHIAVE: Psicoterapia, Efficacia, Centro di Salute Mentale, Core-Om

Introduzione

Mantenere viva la psicoterapia all'interno di un servizio pubblico nel panorama attuale della Sanità pubblica italiana, appare una sfida alquanto ardua e non solo per motivi tecnico-scientifici collegabili alla specificità del setting istituzionale (Buono, Maradei & Perrone 2012), ma soprattutto per la progressiva "mutazione" che i servizi di salute mentale vanno subendo negli ultimi decenni. La scarsità delle risorse umane ha prodotto un progressivo appiattimento della psichiatria sulle dinamiche delle emergenze/urgenze, finendo con il ridimensionare il ricorso agli interventi di presa in carico più complessi ai quali, indubbiamente, appartiene la psicoterapia. Lo studio che qui presentiamo si collega all'esigenza di consentire alla psicoterapia di sopravvivere in un Centro di Salute Mentale, rispondendo, nonostante la progressiva riduzione del personale, alla esponenziale crescita di richieste di interventi psicoterapeutici nella popolazione. Il Centro di Salute Mentale della ASL ROMA 6 di Pomezia ha un bacino di utenza di oltre 100.000 abitanti, e può contare su un numero limitato di psicologi con il risultato di rendere molto difficile la realizzazione

di un piano di offerta di psicoterapia agli utenti che, nella maggior parte dei casi, non hanno sufficienti risorse economiche per rivolgersi al privato.

Il progetto è stato reso possibile grazie alla collaborazione degli specializzandi delle scuole di Specializzazione in Psicoterapia convenzionate con la ASL ROMA 6, che hanno applicato il modello di psicoterapia breve elaborato dal CSM sotto la supervisione tecnica dei docenti della loro scuola e sotto la supervisione del tutor del CSM per quanto riguardava gli aspetti legati al modello e alle caratteristiche specifiche del setting istituzionale.

I pazienti da includere nel progetto sono stati pazienti in carico al CSM, in lista di attesa per un intervento di psicoterapia con diagnosi di "nevrosi" (si veda figura 1) ossia pazienti con disturbi psicopatologici afferenti al gruppo dei disturbi d'ansia e delle depressioni (non maggiori) escludendo i pazienti psicotici, bipolari e con disturbi di personalità gravi.

Il modello di psicoterapia

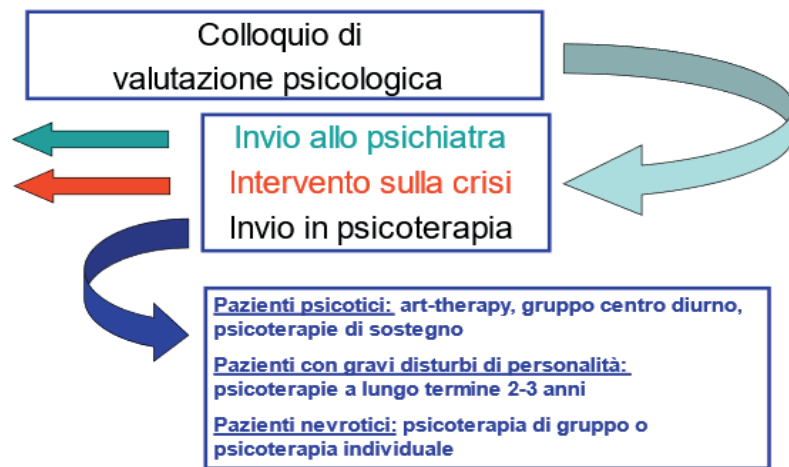


Figura 1

La ricerca in psicoterapia

Il termine psicoterapia non è univoco, infatti include diversi modi di intendere l'intervento, tutti però riconducibili ad uno schema generale di contratto tra un utente e un professionista della salute mentale che lavorano insieme allo scopo di migliorare il benessere psicologico dell'utente attraverso le tecniche che lo specialista decide di applicare.

La ricerca in psicoterapia vanta ormai più di mezzo secolo di storia e ha prodotto con i suoi risultati un fenomeno di fecondazione reciproca tra i diversi modelli teorici così che oggi esistono minori divergenze tra i diversi approcci riguardo le spiegazioni psicopatologiche, le ipotesi di cambiamento terapeutico e sui fattori che ne sono responsabili.

Come scrive Dazzi (2006) tre sono le domande che servono a limitare l'ambito concettuale della ricerca in psicoterapia:

La psicoterapia funziona? Permette di ottenere cambiamenti? Quali? Esistono dati in grado di dimostrarlo? La sua efficacia è migliore rispetto a quella di altri metodi, eventualmente concorrenti, nella cura dei disturbi psicologici?

Quale approccio funziona meglio? Ci sono terapie migliori di altre? Quali raggiungono i risultati migliori?

Cosa succede in psicoterapia? Se avvengono dei cambiamenti, che cosa si modifica nel paziente? Cosa fanno paziente e terapeuta per raggiungere un cambiamento?

Queste domande permettono di suddividere la ricerca in psicoterapia in due filoni, storici, che si integrano reciprocamente: studi sugli esiti e studi sul processo.

Un altro modo di concettualizzare la ricerca in psicoterapia prevede la distinzione tra ricerca su fattori specifici (specifici di un approccio) e su fattori aspecifici (trasversali a tutti gli approcci, ad es., l'alleanza terapeutica).

La ricerca sugli esiti o outcome è di fondamentale importanza in psicoterapia perché consente di fornire prestazioni sempre più idonee alle richieste di cura concetto riassumibile con la formula inglese di Roth e Fonagy (1996) *What Works for Whom?* La ricerca sugli esiti, infatti, si concentra sulla valutazione dell'efficacia della psicoterapia mirando quindi a definire i cambiamenti ottenuti attraverso la psicoterapia, e confrontando ciò che accade al termine del trattamento rispetto al punto di partenza.

Esistono due diversi modi di intendere l'outcome. C'è chi lo considera in termini di cambiamento del sintomo (terapie cognitive, comportamentali) e chi lo intende in termini di cambiamento della personalità che sostiene il sintomo (terapie psicoanalitiche, esperienziali, etc.).

Gli strumenti di valutazione degli esiti possono essere suddivisi, grossolanamente, in base al fatto che valutino un singolo tratto del funzionamento del paziente (BDI, Beck Depression Inventory), che valutino contemporaneamente più aspetti (MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory) o che valutino globalmente il cambiamento (GAF, Global Assessment Functioning). Qualsiasi sia il loro ambito di indagine, questi strumenti possiedono sia un'utilità individuale, in quanto valutano i cambiamenti del paziente nel corso del trattamento, sia un'utilità nell'ambito dei Servizi Pubblici, in quanto consentono di delinearne il profilo, definire il tipo di utenza e monitorarne la qualità operativa.

La valutazione del ruolo delle psicoterapie nei Servizi Pubblici di Salute Mentale è un argomento complesso. In questi servizi, infatti, gli esiti sono il possibile prodotto di un insieme di interventi più o meno integrati tra loro e di diverso genere, e non il prodotto di un singolo tipo di trattamento.

Scopo di questo articolo è quello di presentare un'esperienza effettuata presso il Centro di Salute Mentale di Pomezia sotto un'ottica naturalistica in quanto lo scopo generale dello studio è stato quello di scattare una fotografia del Servizio in linea anche con l'esigenza, attuale, di razionalizzare l'erogazione di prestazioni terapeutiche.

La ricerca infatti è inquadrabile nell'ambito degli studi sulla effectiveness cioè sull'efficienza, in quanto ha cercato di misurare il risultato della terapia nella pratica clinica quotidiana e non in laboratorio o privilegiando una particolare tecnica psicoterapeutica. Una terapia che risulta efficace solo in un contesto controllato, con gruppi di controllo, distribuzione randomizzata dei soggetti, ecc., e non nella pratica clinica reale è inutile, dato che lo scopo alto della ricerca empirica in psicoterapia dovrebbe essere quello di contribuire alla disseminazione di tecniche efficaci nella pratica clinica quotidiana, con beneficio di tutti i potenziali pazienti e non solo di quelli inclusi negli studi sperimentali.

Costituzione del campione

I pazienti che sono stati inclusi nel progetto di ricerca presentavano disturbi "nevrotici" escludendo il gruppo delle psicosi dello spettro schizofrenico e i gravi disturbi dell'umore (bipolari e depressioni maggiori). Sono stati esclusi, anche, i pazienti con diagnosi principale di disturbo di personalità avviati a percorsi psicoterapeutici prolungati e generalmente con un approccio di tipo psicodinamico. Come si può osservare (Tabella e Grafico 1) i pazienti del Centro di Salute Mentale afferenti al gruppo delle diagnosi storicamente denominate nevrotiche, ossia con disturbi d'ansia e disturbi depressivi, rappresentano, con circa il 42%, la fetta più numerosa dell'intera utenza del Centro (Dati 2019 del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ASL ROMA 6).

Dati 2019 CSM ASL ROMA 6 Pomezia	
Diagnosi	
Disturbi psicotici	13,19
Disturbi dell'umore	18,43
Disturbi di personalità	7,59
Disturbi nevrotici (disturbi d'ansia e disturbi depressivi)	41,00
Disturbi organici	4,73
Altre diagnosi	15,06

Tabella 1

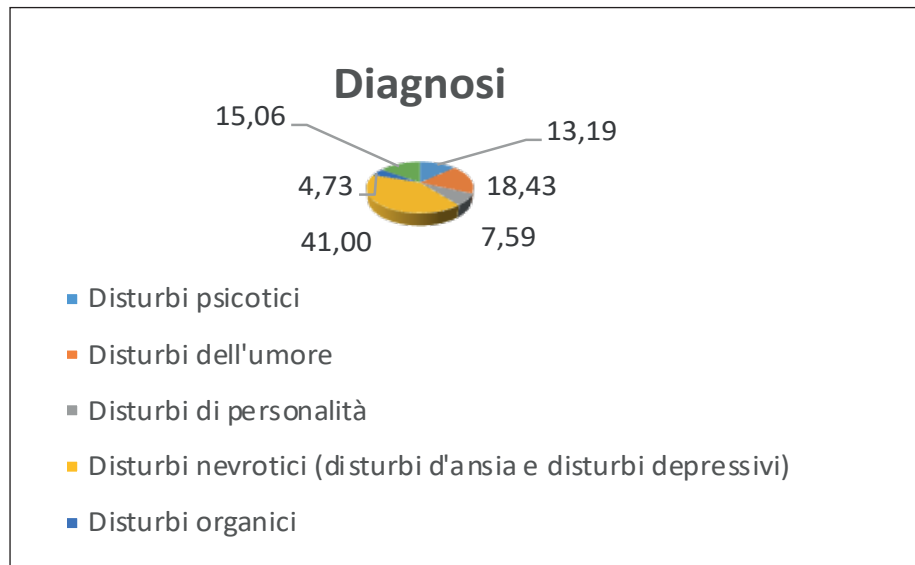


Grafico 1

Metodo

La specificità del progetto di ricerca risiedeva nella costruzione di un modello di psicoterapia che si caratterizzava sugli aspetti “formali” della psicoterapia e non su quelli più specificatamente “tecnici o contenutistici”. L’idea era che una psicoterapia fatta secondo criteri precisi con terapeuti supervisionati, è efficace a prescindere dell’approccio utilizzato.

Il modello, rappresentato in figura 2, prevedeva la selezione casuale dei pazienti (fatti salvi i criteri di inclusione sopra descritti) che erano già stati accolti e valutati idonei per la psicoterapia dallo psicologo e/o dallo psichiatra di riferimento, ed inseriti nella lista di attesa del servizio. Il modello di psicoterapia prevedeva 20 sedute da effettuarsi settimanalmente in un periodo di 6/8 mesi. La prima fase di valutazione prevedeva un ciclo di 4 sedute, durante le quali il paziente e il terapeuta lavoravano sulle regole del loro rapporto e soprattutto sugli obiettivi del trattamento psicoterapeutico che dovevano essere congrui con un modello di psicoterapia a 20 sedute. Il paziente veniva altresì informato del modello e invitato alla compilazione del CORE-OM. La seconda fase, di intervento, prevedeva un ciclo di 8 sedute con una valutazione alla dodicesima seduta del trattamento e il coinvolgimento del paziente nella decisione di proseguire o meno (ciò anche servendosi della seconda somministrazione del CORE-OM). La terza fase, di consolidamento, di ulteriori 8 sedute si focalizzava, soprattutto nelle ultime, sulla chiusura, con una attenta valutazione dei miglioramenti e cambiamenti ottenuti dal paziente. Nell’ultima seduta veniva somministrato per la terza volta il CORE-OM.

Psicoterapia individuale

Fase di Valutazione <i>4 sedute</i>	1. Somministrazione 1 Core Om 2. Diagnosi 3. Formulazione del Caso 4. Contratto (Metodo, obiettivi, tempi, ecc.)
Uscita dal programma	
Fase di Intervento <i>8 sedute</i>	1. Somministrazione 2 Core Om 2. Verifica obiettivi 3. Supervisione con il Tutor ed eventuale équipe
Conclusione della psicoterapia	
Fase di consolidamento <i>8 sedute</i>	1. Somministrazione 3 Core Om 2. Verifica obiettivi 3. Supervisione con il Tutor ed eventuale équipe

Figura 2

I terapeuti erano specializzandi provenienti da scuole di psicoterapia dell'area romana, di diversi approcci che rientravano nelle seguenti categorie: TCC (terapia cognitivo-comportamentale), TPD (terapia psicodinamica), TSR (terapia sistemico-relazionale) e TUE (terapia umanistico-esperenziale).

I terapeuti specializzandi venivano addestrati sull'uso del CORE-OM e sul modello formale entro cui implementare la loro tecnica specifica di psicoterapia. L'aspetto ritenuto fondamentale era che, a prescindere dall'approccio tecnico, i terapeuti fossero supervisionati e opportunamente formati sulle basi della psicologia clinica. La supervisione era duplice: una era più tecnica, effettuata dalla scuola di specializzazione, e l'altra, effettuata dal tutor istituzionale del DSM, era maggiormente legata alla specificità del contesto istituzionale in cui la psicoterapia era realizzata.

Strumento

Il CORE system è stato concepito con l'ambizioso obiettivo di fungere da ponte tra ricerca e pratica clinica, tra Università e Servizi, presso il Psychological Therapies Research Centre (PTRC) di Leeds, centro che si occupa dello sviluppo di trattamenti evidence based cioè basati sull'evidenza. Il termine CORE vuole dare risalto alla volontà degli autori di valutare il così detto nucleo centrale, il cuore dei problemi del paziente.

Il CORE-OM, *Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measure* (Evans et al., 2000) è un questionario self report che somministrato all'inizio e alla fine del trattamento permette di ricavare una valutazione dell'esito. È composto da 34 items che indagano quattro dimensioni: benessere soggettivo, problemi e sintomi, funzionamento di vita e rischio. La psicoterapia, a prescindere dall'orientamento, dovrebbe avere un impatto iniziale sulla prima scala, successivamente dovrebbe alleviare i problemi e sintomi e infine influenzare il funzionamento di vita. La scala del rischio è stata aggiunta per individuare i soggetti a rischio di comportamenti auto ed etero-lesivi (ideazione suicidaria, pericolosità sociale). Al soggetto è richiesto di rispondere ad ogni item con una scala a 5 punti da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). Il punteggio finale si ottiene sommando i punteggi dei singoli items diviso per il numero di risposte moltiplicando il risultato per 10 in modo da ottenere una scala a 40 punti. Il test risulta non valido se il soggetto omette più di tre items. Punteggi maggiori corrispondono a problemi maggiori. Il confronto tra i punteggi della prima somministrazione e i punteggi della fine del trattamento dovrebbe indicare se il livello di disagio presentato dal paziente è diminuito e in che misura. Nella valutazione degli esiti sono utilizzati due indici:

il Miglioramento clinico con riduzione superiore a 5 punti (>5) denominato RCC *Reliable Clinical Change* (cambiamento affidabile della condizione clinica);

la Riduzione del punteggio da sopra il cut-off a sotto (da >10 a <10) CSC *Clinical Significant Change* (cambiamento clinicamente significativo).

La scelta del Core OM è stata effettuata sulla base della letteratura scientifica in ambito di valutazione dell'esito della psicoterapia sia per l'accuratezza dello strumento, sia per la sua praticità e semplicità (Palmieri & Reitano 2014, Backham et alii 2005).

Descrizione del campione

I pazienti inseriti nel progetto di ricerca sono stati 51 nell'arco di circa due anni e mezzo. I pazienti sono stati inseriti sulla base della loro richiesta di un intervento psicoterapeutico concordata con lo psichiatra di riferimento, ove presente, o con lo psicologo in sede di colloquio di valutazione iniziale. Dei 51 pazienti, 44 hanno concluso in modo concordato la psicoterapia e 7 hanno interrotto il trattamento dopo alcune sedute (drop out).

Sono stati inclusi pazienti con diagnosi di disturbi d'ansia (18), disturbi depressivi (18) e altri disturbi più gravi che presentavano al momento dell'inserimento nel progetto un disturbo d'ansia o depressivo prevalente rispetto alla diagnosi principale di disturbo depressivo maggiore (6) e di disturbo di personalità (2). La scelta di pazienti con queste diagnosi è stata motivata dal fatto che l'intervento proposto era di psicoterapia breve e quindi, come indicato dalla letteratura internazionale, idoneo a tali diagnosi. Il gruppo dei pazienti nevrotici (disturbi d'ansia e depressivi) rappresenta il più ampio gruppo di utenti del Centro di Salute Mentale.

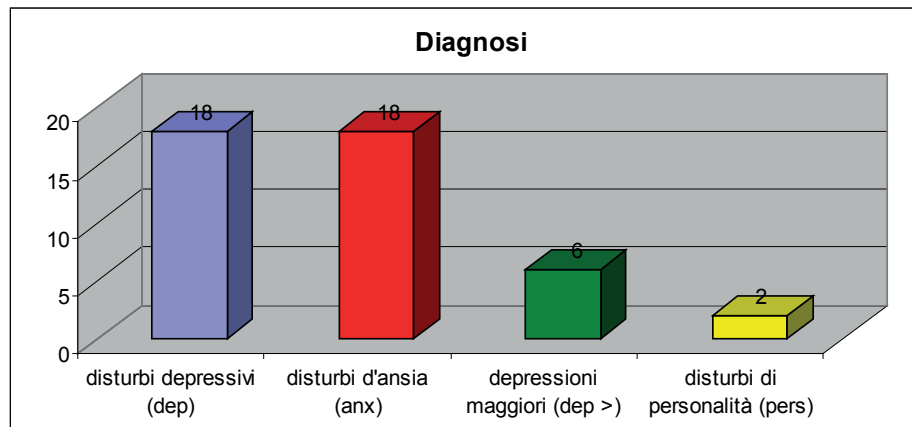


Grafico 2

La durata media del trattamento è stata di circa 8 mesi con una oscillazione tra i 4 e i 16 mesi. Il numero di sedute, svolte per lo più a cadenza settimanale, è stato mediamente di 21,5 e ha oscillato dalle 12 alle 26.

Gli psicoterapeuti che hanno collaborato al progetto provenivano prevalentemente da Scuole di Specializzazione in Psicoterapia ad orientamento psicodinamico per cui il 63,64% dei trattamenti è stato effettuato secondo questo indirizzo. Il resto dei trattamenti è stato effettuato da psicoterapeuti provenienti da Scuole di Specializzazione ad orientamento Sistemico-Relazionale, Cognitivo-Comportamentale e Umanistico-Esistenziale.

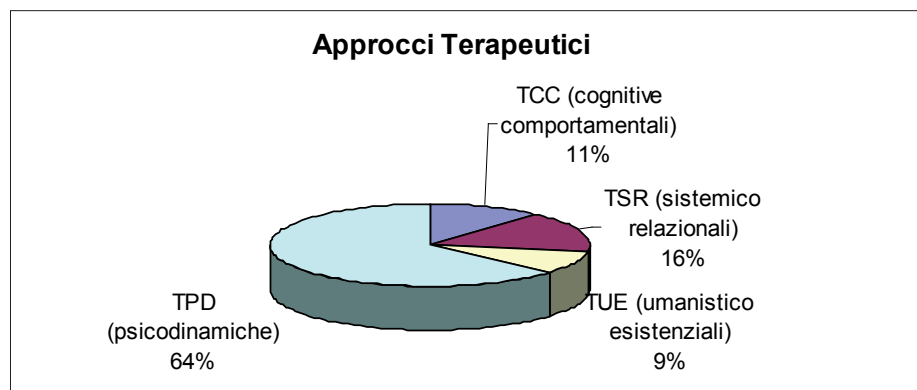


Grafico 3

Il campione che ne è risultato è stato composto prevalentemente da donne (70,45%) e con una età media di 44 anni. Come si evince dal Grafico 5, la fascia di età maggiormente rappresentata è stata quella tra i 40 e i 49 anni.

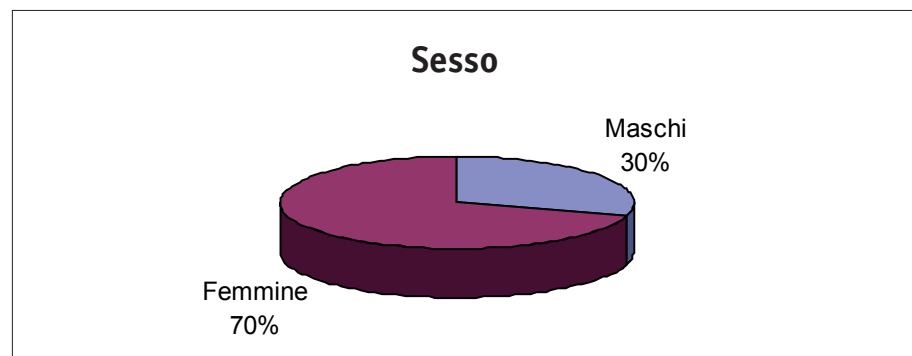


Grafico 4

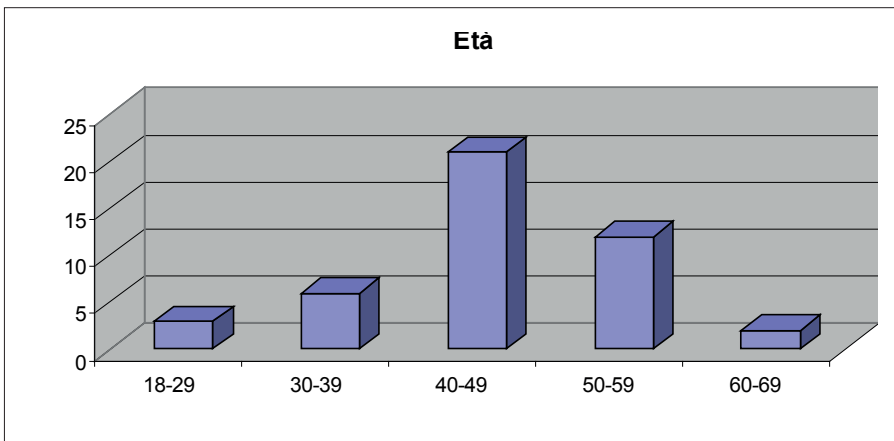


Grafico 5

La ricerca ha permesso di fotografare anche il rapporto tra psicoterapia e trattamento psicofarmacologico, tipico di un Centro di Salute Mentale in cui operano in équipe psichiatri e psicologi. È emerso che 35 pazienti dei 44 inseriti nel progetto stavano assumendo una terapia psicofarmacologica all'inizio della psicoterapia. Si è verificato alla conclusione della stessa l'andamento di tale intervento farmacologico integrato. Come si rileva dal grafico 6 l'effetto della psicoterapia appare positivo con un 42,86% di pazienti che l'hanno ridotta ed un 11,43% che l'ha conclusa. Solo il 14,29% l'ha aumentata durante il trattamento psicoterapeutico.

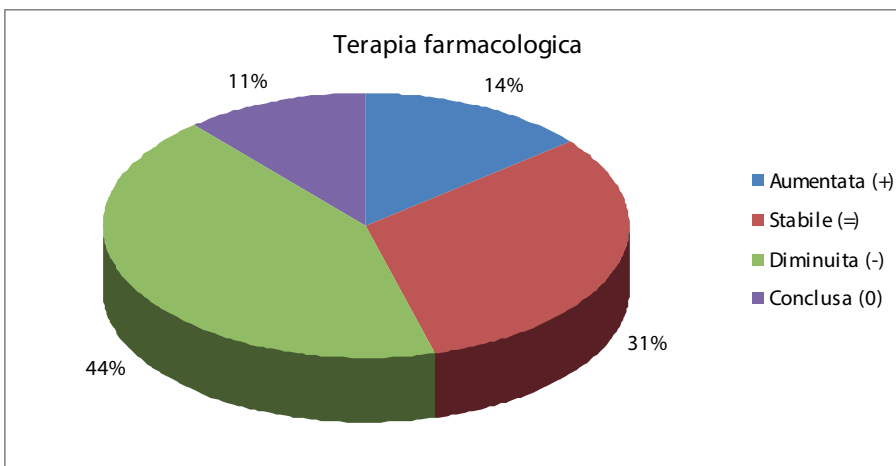


Grafico 6

Risultati

L'uso del Core Om, descritto in precedenza, somministrato al paziente alla prima e all'ultima seduta ha permesso di fotografare la percezione del paziente del suo stato patologico e di verificare i miglioramenti ottenuti nell'arco del tempo in cui si è sottoposto a psicoterapia.

Abbiamo considerato i seguenti risultati:

- Risultati medi del campione complessivo per area del Core OM;
- Risultati medi del campione suddiviso per tipo di diagnosi;
- Esito clinico misurato secondo gli indicatori RCC e CSC.

Risultati per area

I risultati medi del campione complessivo mostrano un miglioramento complessivo in tutte le aree indagate dal Core OM, con una significatività maggiore nelle sottoscale B (misura il vissuto di benessere/malessere del paziente) e P (misura l'intensità e la quantità dei problemi e dei sintomi presentati dal paziente). Meno significativo è stato il miglioramento registrato nella sottoscala F (misura il funzionamento del

paziente nella sua vita lavorativa e relazionale). La sottoscala R (misura il rischio di gesti auto ed etero lesivi) è parsa poco significativa ed è stata utilizzata più come controllo relativo all'idoneità dell'inserimento del paziente in una psicoterapia breve, che come area da valutare.

Tali risultati sono in linea con le aspettative relative ad un intervento di psicoterapia breve che risulta di prima linea ed efficace per ottenere il miglioramento del vissuto del paziente e una migliore capacità di gestione dei sintomi. Come facilmente intuibile, l'obiettivo di migliorare il funzionamento richiede interventi psicoterapeutici maggiormente prolungati per evidenziare risultati positivi.

Risultati medi del campione complessivo

CORE OM		inizio	fine	differenza
B	Benessere	23,9	17,0	6,9
F	Funzionamento	17,1	13,4	3,7
P	Problemi	21,5	15,0	6,5
R	Rischio	3,5	2,0	1,5
T	Totale	17,1	12,6	4,5
T-R	Totale meno Rischio	19,7	14,8	4,9

Tabella 2

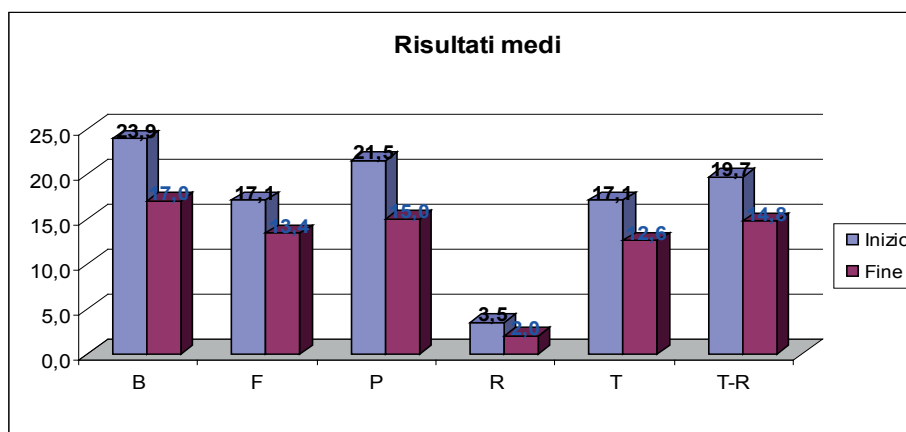


Grafico 7

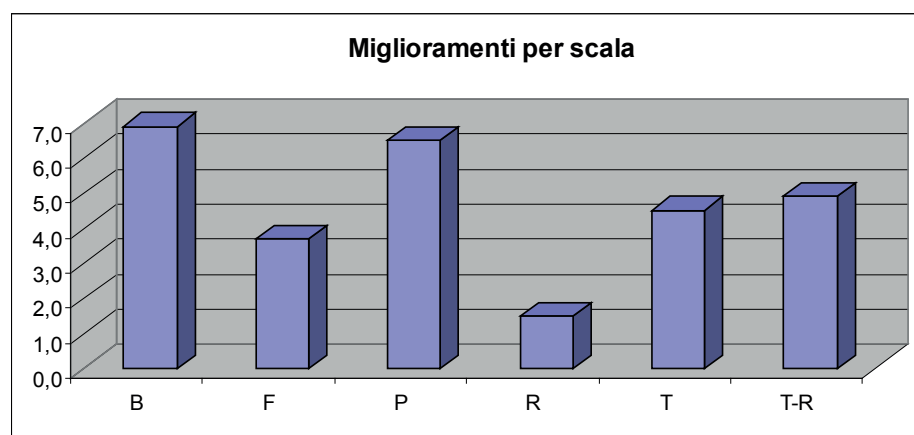


Grafico 8

Risultati per diagnosi

I risultati medi ottenuti dal campione suddiviso per diagnosi, mostrano delle differenze molto significative.

Nel sottogruppo dei pazienti depressi (18) il risultato più significativo è rappresentato dal benessere (B) che riporta una diminuzione del punteggio di oltre 9 punti, mentre è più contenuto il miglioramento relativo alla gestione dei sintomi (P), seppure superiore a 5 punti.

Risultati medi del campione per diagnosi. Depressione (18)

	CORE OM	inizio	fine	differenza
B	Benessere	25,3	16,0	9,3
F	Funzionamento	18,1	13,7	4,4
P	Problemi	21,5	15,8	5,7
R	Rischio	4,2	1,9	2,3
T	Totale	17,6	12,6	5,0

Tabella 3

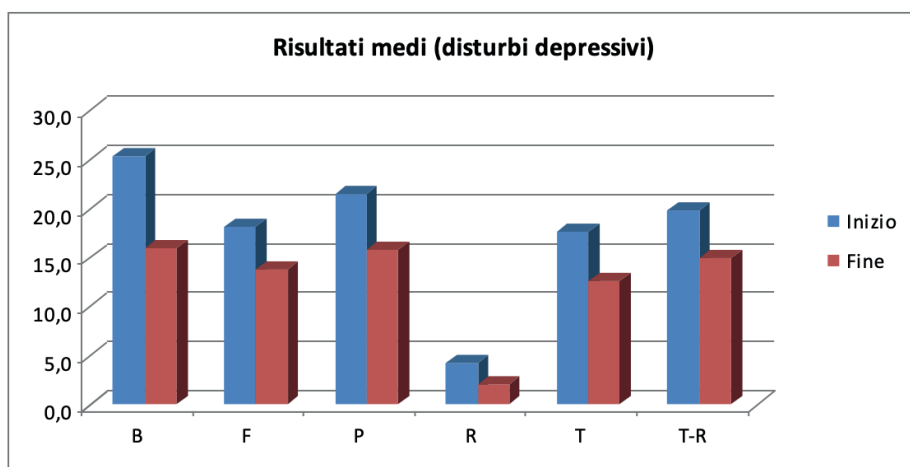


Grafico 9

Nel sottogruppo dei pazienti con disturbi d'ansia (18) si registrano risultati diversi, infatti, vediamo che i miglioramenti più significativi fatti registrare dal campione sono relativi alla gestione dei sintomi dove il punteggio della scala P si abbassa di oltre 8 punti. Meno significativa appare la differenza nel vissuto: infatti i punteggi della scala B si abbassano solo di circa 3 punti (Buono 2020).

Risultati medi del campione per diagnosi. Ansia (18)

	CORE OM	inizio	fine	differenza
B	Benessere	21,5	18,4	3,1
F	Funzionamento	17,0	14,0	3,0
P	Problemi	21,7	13,6	8,1
R	Rischio	1,4	1,3	0,1
T	Totale	16,4	12,8	3,6
T-R	Totale meno Rischio	19,6	15,1	4,5

Tabella 4

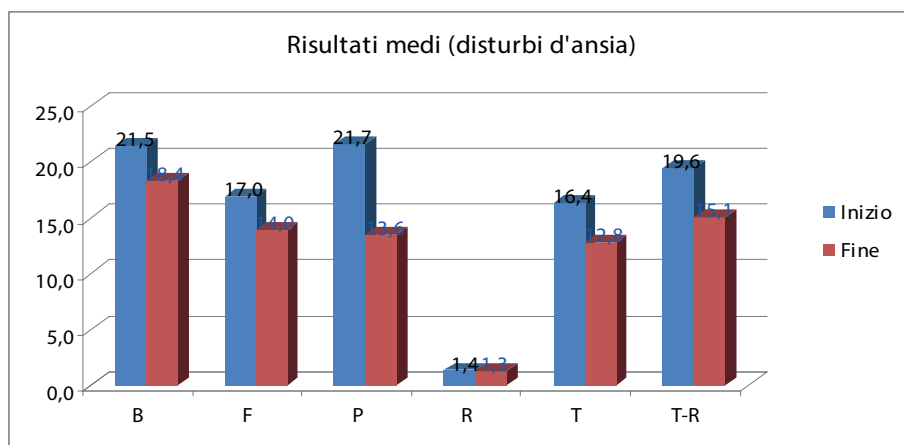


Grafico 10

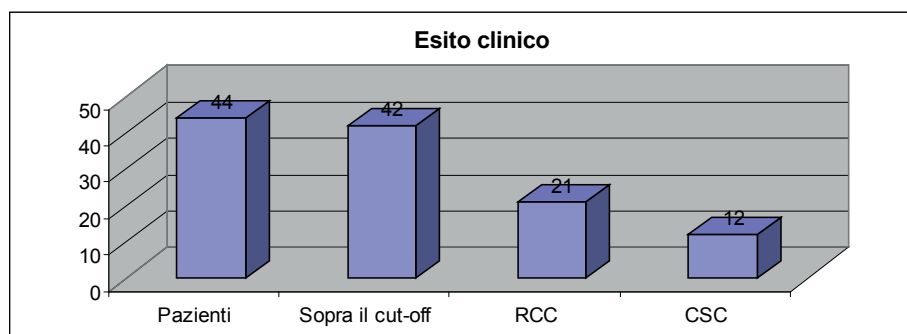


Grafico 11

Risultati sull'esito clinico complessivo

I risultati sull'esito clinico complessivo sono stati valutati secondo il RCC (cambiamento affidabile della condizione clinica) e il CSC (cambiamento clinicamente significativo), ottenuto dalla differenza nel punteggio TOTALE - RISCHIO all'inizio e alla fine del trattamento.

I dati mostrano un miglioramento significativo (RCC) nel 50,00% dei soggetti che presentavano, all'inizio del trattamento, un punteggio superiore al cut off clinico (>10). Il 28,57% ha presentato un passaggio a punteggi inferiori (CSC). Come si può osservare se all'inizio del trattamento solo due soggetti presentavano punteggi inferiori al cut off clinico, al termine i soggetti erano 15. Il Grafico 14 mostra in modo evidente come i punteggi si siano modificati nel loro andamento in modo inverso grazie alla psicoterapia (Buono 2020).

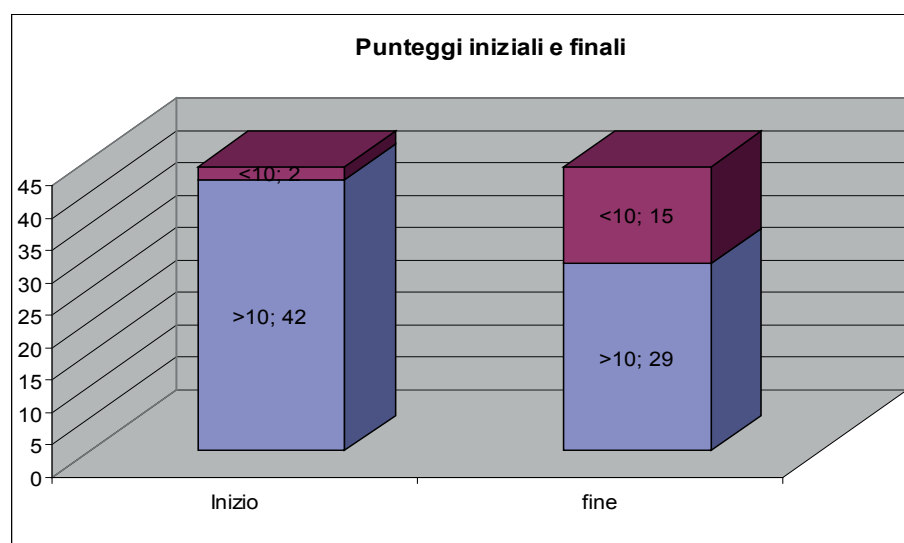


Grafico 12

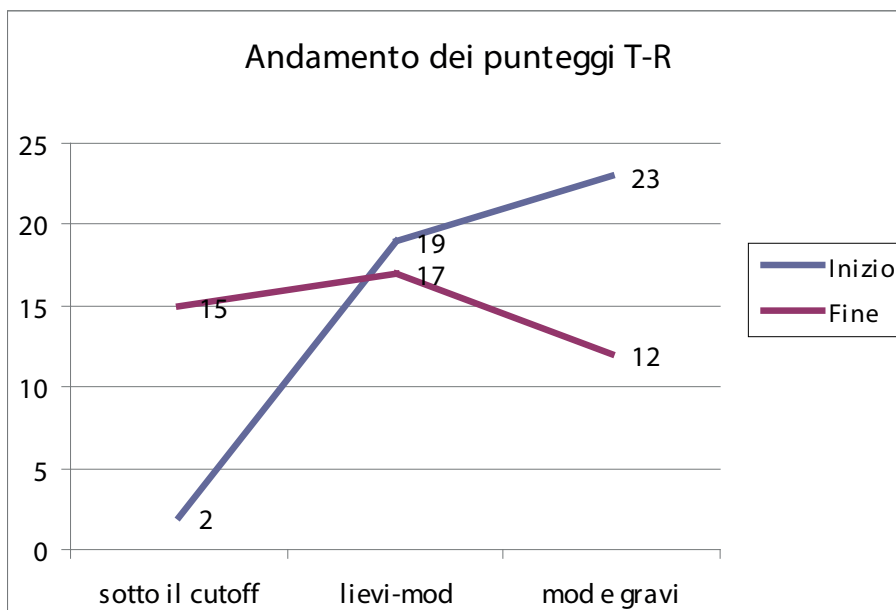


Grafico 13

Conclusioni

La ricerca nel suo complesso mostra come la razionalizzazione degli interventi di psicoterapia in un servizio pubblico, come un Centro di Salute Mentale, produce effetti positivi sull'utenza e consente di fornire un intervento di prima linea efficace ed efficiente ad una fetta notevole dell'utenza psichiatrica. Tale risultato ci pare in linea con la filosofia di intervento del progetto anglosassone IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*) che si è proposto di offrire ai pazienti un trattamento di prima linea – nel senso di raccomandato come “intervento di prima linea” basato su dati di evidenza scientifica dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – per disturbi depressivi e dello spettro ansioso, in eventuale associazione con la terapia farmacologica se appropriata (Porcelli 2009).

I dati sull'andamento della terapia farmacologica, in rapporto alla psicoterapia, evidenziano come tale intervento, non rappresenti solo un “accessorio” della cura, ma ne è parte integrante favorendo l'evoluzione della terapia farmacologica e suggerendo come una prosecuzione della psicoterapia possa portare ad una diminuzione, se non ad un superamento, della terapia farmacologica. I dati mostrano come per il 20% dei pazienti la psicoterapia è l'unica cura in essere e come nel 55% dei casi la cura è ridotta o conclusa. Sarebbe interessante evidenziare come progetti di psicoterapia maggiormente prolungati possano incidere sull'andamento della psicofarmacologia anche in termini di costi per il SSN.

Rispetto alla durata della psicoterapia i dati raccolti confermerebbero come nelle prime 20/24 sedute gli effetti della psicoterapia siano già evidenti rispetto al vissuto di benessere e al contenimento della sintomatologia, in linea con la letteratura sull'argomento. Il problema che il nostro studio evidenzia è se ciò, che è indubbiamente un obiettivo prioritario della psicoterapia condotta in un contesto istituzionale, possa essere generalizzato a favore di una scelta per forme di psicoterapia breve piuttosto che prolungate. I dati sul funzionamento rilevati dal CORE-OM mostrerebbero come gli effetti su tale dimensione siano più limitati e suggerirebbero un prolungamento della psicoterapia oltre che per stabilizzare i risultati ottenuti sulla sintomatologia e sul vissuto di benessere, anche per incidere in modo più significativo sul funzionamento generale del paziente. Il presente studio mostrerebbe, altresì, come la scelta di una psicoterapia di maggiore durata potrebbe incidere in modo più significativo su un cambiamento più generale e stabile della condizione clinica. La domanda che sorge è se il prolungamento del trattamento possa innalzare ancor più la percentuale di CSC (28.57% del campione) ossia di un miglioramento al di sotto del cut off clinico. Il grafico 14 evidenzia, infatti, come la tendenza dei punteggi rilevati all'inizio e alla fine del trattamento è verso un miglioramento progressivo e significativo della

condizione clinica. Resta aperto anche il tema relativo alla stabilità dei cambiamenti nel tempo che richiederebbe progetti di studio con follow up successivi negli anni dopo la chiusura del trattamento.

Nonostante il numero limitato di casi del campione, è possibile osservare all'interno dei dati complessivi per diagnosi, come la psicoterapia incide in modo diverso a seconda delle stesse. Il grafico 9 relativo ai disturbi depressivi evidenzia come i risultati più significativi ottenuti dalla psicoterapia siano soprattutto relativi all'area del benessere e quindi dei vissuti depressivi, mentre il grafico 10 relativo ai disturbi d'ansia evidenzia miglioramenti più significativi relativamente all'area P (problemi e sintomi).

In conclusione, lo studio evidenzia nel suo complesso come la contaminazione del lavoro psicoterapeutico nel servizio pubblico, con la ricerca può non solo migliorare la qualità dell'offerta di cura, ma incidere sull'efficacia della stessa.

*Psicologo Psicoterapeuta, Direttore UOC ff CSM H4-H6 ASL ROMA 6

**Psicologa Psicoterapeuta.

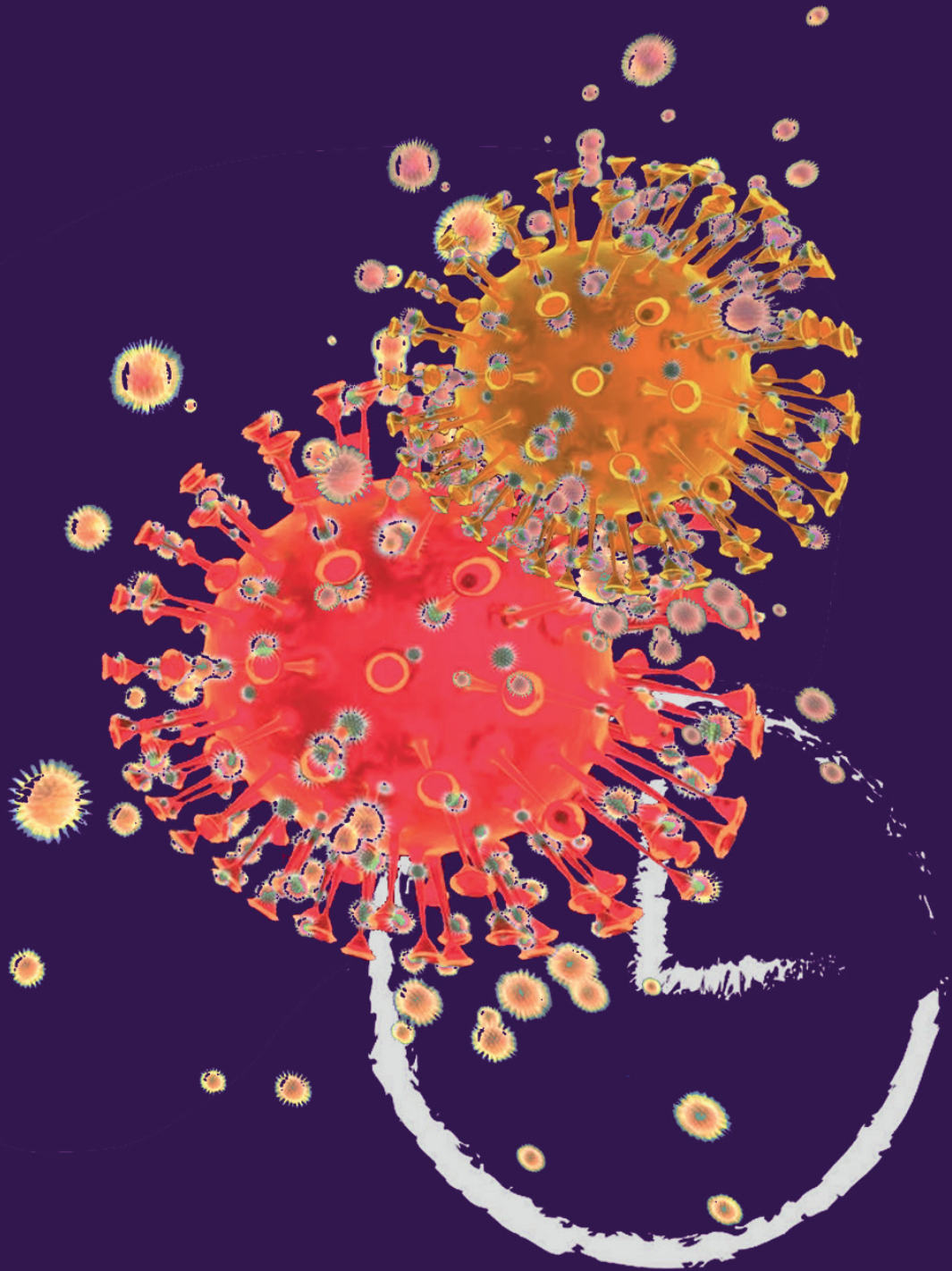
BIBLIOGRAFIA

- Barkham M., Gilbert N., Connell J., Marshall C. & Twigg E. (2005) Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings in *The British Journal of Psychiatry BJP* 2005; 186: 239-246.
- Buono G. (2007) L'alleanza terapeutica come costruzione di uno spazio condiviso in "Quaderni SIRPIDI Volume 5" Aracne Edizioni Roma 2007 (pp. 59-74).
- Buono G., Perrone E. e Maradei S. (2012) La relazione psicoterapeutica nel Dipartimento di Salute Mentale in Atti del Convegno FIAP "La psicoterapia nel villaggio globale" tenutosi a Roma dal 9 al 11 Novembre 2012 pubblicato sul sito www.convegno-fiap2012.it e sul sito www.psychomedia.it nella sezione Terapia nei Servizi e nelle Istituzioni.
- Buono G. (2020) Nuove sfide della psicoterapia nella società contemporanea: tra impegno sociale ed efficacia in "La psicoterapia sociale. Riflessioni ed esperienze di gruppo durante la pandemia" a cura di De Blasi V., Gentili P. & Musco A., ALPES 2020 (pp. 25-41).
- Dazzi, N. (2006) *La Ricerca in Psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., McGrath, G. (2000) "CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation". In *Journal of Mental Health*, 9,3, pp. 247-255.
- Palmieri G., Evans C., Freni S., Bajani A., Chicherio M, Ferrari S., Rigatelli M. & Reitano F. La valutazione routinaria degli esiti in psicoterapia: traduzione e validazione preliminare del sistema Core (Clinical outcome for routine evaluation) in *Nuove Tendenze della Psicologia Erickson Trento* N° 3 - 2006.
- Palmieri G. & Reitano F. (2014) La valutazione degli esiti degli interventi psicologici e il questionario CORE-OM (Outcome evaluation of psychological interventions. The CORE-OM questionnaire) in *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2014.
- Porcelli P. (2009) La Rivoluzione Inglese: un new deal per la depressione *La professione di psicologo* n. 02/09, 31-35.
- Roth, A., Fonagy P. (1996) *Psicoterapie e prove di efficacia*. Il pensiero scientifico editore.

Evaluation of the outcomes of psychotherapy in a mental health center

The paper gives a picture of the efficacy of the psychotherapies offered in a Public Mental Health Service to a group of 51 participants suffering from anxiety or depression disorders. The instrument used to evaluate the efficacy of treatments is the Core-OM. Psychotherapies were offered by trainees from different approaches but all of them complied with a model of brief psychotherapy which provided about 20 sessions. The study focuses on improvements in the areas investigated by the instrument measured by two different indicators: the Reliable Clinical Change (RCC) and the Clinical Significant Change (CSC). The results show that major improvements were obtained in the areas of subjective wellbeing and of problems/symptoms management. About half of the sample, with a score ranging above the clinical cutoff, developed a reliable clinical change and more than a quarter of the group obtained a clinical significant change passing from scores above the clinical cutoff to lower scores. This study, in line with the literature, gives evidence of the good results which psychotherapy can obtain in terms of efficacy with 22 sessions.

KEY WORDS: Psychotherapy, Efficacy, Mental Health Service, Core-OM



Associazione centro trauma ippocampo: un'esperienza sul campo durante la pandemia da Covid 19

The hippocampus trauma treatment centre: a field experience during the Covid 19 pandemic

*FUNARO A., AIELLOG., ALBO N., ALFANO S., FILIPPO E., IMBROINISE F., LIRANGI C., MAUTI M., MINIACI R., POSCA F., VESPASIANO S., VETERE P., ZUPO M.F.

PAROLE CHIAVE: Covid, lockdown, salute mentale, trauma

«Il trauma è una realtà della vita, ma non per questo dev'essere una condanna a vita. [Perché] Mentre il trauma può essere l'inferno sulla Terra, il trauma risolto è un dono degli dei – un viaggio eroico che appartiene a ognuno di noi». [Peter A. Levine]

Background. Durante l'emergenza Covid19 è stato attivato dall'Associazione Centro Trauma Ippocampo, in collaborazione con l'Associazione EMDR Italia, un servizio di supporto psicologico e relazionale rivolto alla popolazione di alcuni comuni della provincia di Cosenza coinvolta dalla pandemia e agli operatori sanitari.

Obiettivo. La presente ricerca è stata condotta allo scopo di valutare l'impatto psicologico della Pandemia su 100 individui di età compresa tra i 18 e i 47 anni che hanno vissuto un lockdown severo.

Disegno. Tutti i soggetti sono stati sottoposti al QUESTIONARIO PSYCHO-CORONAVIRUS per la misurazione dello stato di rischio psicologico vissuto in situazione di emergenza da Pandemia Coronavirus.

Vengono inoltre richieste informazioni quali: stato civile, titolo di studio, professione, etnia/religione, problemi di salute mentale pregressi e/o attuali. Inchiesta effettuata anche sul coinvolgimento personale e/o familiare rispetto al virus.

Risultato. Hanno compilato i questionari 100 individui di età compresa tra i 18 e i 47 anni. Emerge un rischio di PTSD del 30%, di Disturbo Acuto da Stress del 30%, di ansia generalizzata del 22%, di attacchi di panico del 19%. Il rischio suicidario si attesta sul 14%. La percentuale relativa alla fobia è del 12%, poco più lieve la somatizzazione, 11%. Il rischio psicologico relativo alla depressione è del 10%. Il dato più basso è quello relativo alle ossessioni, 3%.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha rappresentato un evento assolutamente inaspettato che ha stravolto gli equilibri preesistenti: economici, politici, sanitari e psicologici, con un aumento di sintomi da Disturbo Post-traumatico da Stress, (PTSD), depressione, ansia e rischio suicidario (Maiorani et al., 2020). È interessante constatare come la natura traumatica di questa circostanza abbia fortemente influenzato l'andamento delle patologie legate alla salute mentale. Le sintomatologie emerse in modo più preponderante, quelle che il presente studio si prefigge di analizzare, sono sostanzialmente legate alla sfera traumatica: ansia generalizzata, depressione, disturbo acuto da stress, somatizzazione, attacchi di panico, PTSD. Vengono valutate inoltre le componenti ipocondriache e ossessive, assieme al rischio suicidario. Il

trauma attuale ha, inoltre, in diverse situazioni, attivato nodi traumatici pregressi, fungendo da trigger.

Quando un trauma colpisce una comunità, l'evento diventa parte integrante della memoria collettiva, rischiando di tramandare implicitamente anche la componente distruttiva. Elaborare il trauma si traduce in curare nell'oggi e prevenire nel domani, ossia permettere a chi ha vissuto l'esperienza traumatica di metabolizzarla e trasmetterla alle generazioni successive previa simbolizzazione. In tal modo il trauma trasmesso non sarà transgenerazionale, ma intergenerazionale, ovvero una trasmissione esplicita di un'esperienza traumatica elaborata. Risulta quindi molto importante incoraggiare la comunità, nel suo insieme e come singoli membri, a riattivare processi comunicativi di tipo narrativo: elaborare trame narrative sull'evento traumatico aiuta a ridurre i sintomi trauma-correlati, a ricostruire con coerenza la storia individuale e comunitaria, e a ridefinire il senso d'identità.

Disegno di ricerca e partecipanti

Soggetti: 100 individui di età compresa tra i 18 e i 47 anni. Per la partecipazione a questo studio sono stati utilizzati i seguenti criteri di esclusione: (1) età inferiore a 18 anni, (2) individui che per motivi di lavoro non hanno vissuto il lockdown in toto. Il campione è eterogeneo, costituito da giovani e adulti, di sesso femminile e maschile, con differente livello di istruzione (licenza media, diploma, laurea, dottorato, specializzazione, etc.); vengono inclusi nel campione individui con problematiche di salute mentale pregresse e/o attuali.

Testatura psicologica: tutti i soggetti sono stati sottoposti al QUESTIONARIO PSYCHO-CORONAVIRUS per la misurazione dello stato di rischio psicologico vissuto in situazione di emergenza da Pandemia Coronavirus.

Vengono inoltre richieste informazioni quali: stato civile, titolo di studio, professione, etnia/religione, problemi di salute mentale pregressi e/o attuali. Inchiesta effettuata inoltre sul coinvolgimento personale e/o familiare rispetto al virus.

Risultati

Dai risultati preliminari è emerso come il rischio psicologico maggiormente riscontrato è relativo al PTSD, con una percentuale del 30%, assieme al Disturbo Acuto da Stress, nella stessa percentuale.

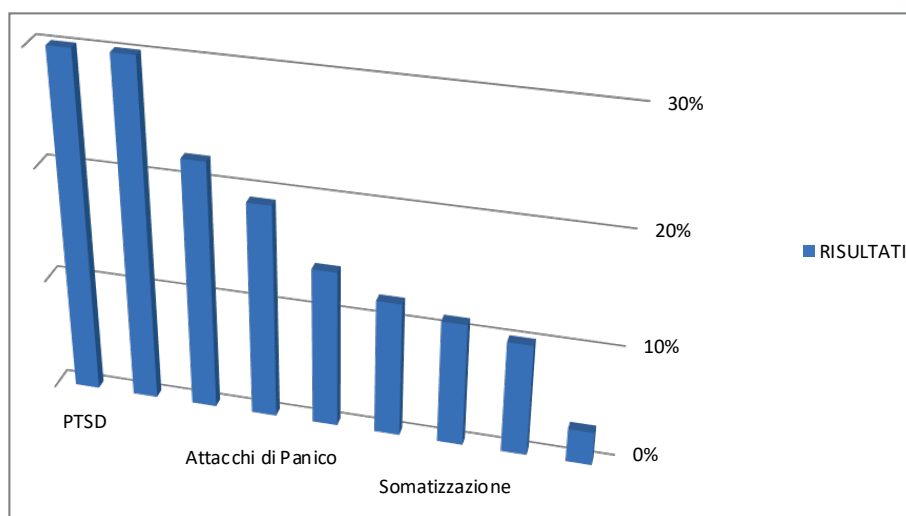
Si riscontra una percentuale di rischio del 22% per quanto riguarda l'ansia generalizzata, seguita dal 19% relativo agli attacchi di panico.

Il rischio suicidario si attesta sul 14%.

La percentuale relativa alla fobia è del 12%, poco più lieve la somatizzazione, 11%.

Il rischio psicologico relativo alla depressione è del 10%.

Il dato più basso è quello relativo alle ossessioni, 3%.



Il dato fortemente rilevante, riscontrato nel campione valutato, è quello relativo al PTSD: nella maggior parte dei casi il campione ha una storia di trauma pregresso. Il Disturbo Acuto da Stress è riscontrato in tutti quei soggetti che non hanno invece avuto esperienze traumatiche importanti in passato. Tale fenomeno può essere

spiegato soffermandosi sulla natura e le conseguenze di un trauma, che cambia l'assetto non solo psicologico ma anche neurobiologico dell'individuo. L'esperienza traumatica è preverbale: le immagini del trauma passato attivano l'emisfero destro e disattivano quello sinistro; il cervello destro immagazzina i ricordi del suono, del tatto, dell'odore e delle emozioni che i fatti evocano, la metà sinistra del cervello concerne invece tutto quello che è verbalizzabile. L'emisfero destro è inoltre responsabile della trasmissione transgenerazionale del trauma attraverso la comunicazione non verbale madre-bambino*. Le tre risposte dell'organismo alla paura sono collocabili su tre livelli:

1. Sistema di coinvolgimento sociale: chiediamo aiuto, supporto e conforto alle persone intorno a noi.
2. Attacco o fuga: attacchiamo chi ci attacca o scappiamo verso un posto sicuro.
3. Collasso: se niente di quanto sopra citato funziona l'organismo cerca di preservarsi, spegnendosi e spendendo il minor quantitativo di energia, siamo quindi in uno stato di congelamento e/o collasso (Kolk, 2015).

Raggiungere lo stadio ultimo, quello del collasso ha come conseguenza spesso la dissociazione: questa rende l'individuo allo stesso tempo in grado di sapere e non sapere, di essere consapevole dell'esperienza in modo preverbale, strettamente fisiologico ma, d'altro canto, alessitimico.

Il corpo conserva le tracce della memoria del trauma che riaffiorano attivate da trigger e si manifestano attraverso i sintomi intrusivi quali incubi, flashback, stati intensi e prolungati di disagio psicologico che si attivano da stimoli interni o esterni (ad esempio sentendo un particolare odore) e che sono collegate al trauma stesso. Ipotizziamo che questo sia quanto accaduto in merito all'emergenza sanitaria Covid-19, un evento già di per sé molto stressante e in alcuni casi traumatico, che ha svolto funzione di trigger per molti dei partecipanti allo studio. Le situazioni in cui si è riscontrata più di frequente la possibilità di incorrere nel PTSD durante l'emergenza sanitaria, sono quelle riguardanti lutti e traumi transgenerazionali irrisolti, ma anche situazioni traumatiche occorse durante la gravidanza. L'impressione è che il trauma, che per definizione mina la sicurezza della persona, sia entrato in modo prepotente in una situazione di massima insicurezza sulle conseguenze sulla salute, sulle cure e, più in generale, sul futuro.

Discussione

I risultati emersi dalla ricerca hanno confermato in parte le ipotesi iniziali, fornendo un quadro della situazione caratterizzato da un'emergenza sul piano della salute mentale non trascurabile. Si auspica la possibilità di proseguire lo studio e relativizzarlo alla situazione di fine lockdown, anche per approfondire quegli aspetti legati a eventi traumatici passati, e irrisolti, che hanno sancito la gravità delle condizioni psicopatologiche che seguono la pandemia da Covid-19.

Conclusioni

Il progetto di ricerca ha realizzato l'obiettivo di effettuare uno screening sullo stato psicologico della popolazione del Cosentino. L'adesione è stata buona. L'analisi statistica ha evidenziato un quadro di malessere abbastanza diffuso i cui sintomi emersi sono sovrapponibili a quelli dei quadri post traumatici. La pandemia potrebbe avere effetti a lungo termine sulla salute mentale. È fondamentale ampliare l'accesso alle cure.

Limiti

Il principale limite dello studio è la difficoltà nel reclutare soggetti in un periodo di restrizioni e chiusure forzate.

*Psicologa psicoterapeuta, Practitioner EMDR

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Boris Cyrulnik, *Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare un trauma (brossura)* - Cortina Raffaello - 2009
- Baker KS, Gibson SJ, Georgiou-Karistianis N, Giummarra MJ. Relationship between self-reported cognitive difficulties, objective neuropsychological test performance and psychological distress in chronic pain. *Eur J Pain*. 2018 Mar;22 (3):601-613. doi: 10.1002/ejp.1151. Epub 2017 Nov 21.
- Que J, Yuan K, Gong Y, Meng S, Bao Y, Lu. Raising awareness of suicide prevention during the Covid-19 pandemic. *L.Neuropsychopharmacol Rep*. 2020 Oct 6. doi: 10.1002/npr2.12141
- Reger M.A., Stanley I.H., Joiner T.E. Suicide mortality and coronavirus disease 2019 – A perfect storm? *JAMA Psychiatry* [Internet] 2020 DOI : 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.
- Solomon, Roger M. (2008). *Critical Incident Interventions*. *Journal of EMDR Practice and Research*; New York Vol. 2, Fasc. 2, 160-165.
- Stavrinos, D., McManus, B., Mrug, S., He, H., Gresham, B., Albright, M.G., Svancara, A.M., Whittington, C., Underhill, J., White, D. M. (2020) Adolescent driving behavior before and during restrictions related to Covid-19. *Accident Analysis & Prevention*, Volume 144, 2020, Article 105686
- Tummino V. (2020) *Manuale questionario PSYCHO-CORONAVIRUS (Manuale per la ricerca)*
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F., 2020. Mitigate the effects of home confinement on children during the Covid-19 outbreak. *The Lancet* 395 (10228), 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X).
- Wood, S.M., White, K., Peebles, R., Pickel, J., Alausa, M., Meheringer, J., Dowsh, N., (2020) Outcomes of a Rapid Adolescent Telehealth Scale-Up During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, Volume 67, Issue 2, 2020, pp. 172-178.
- World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the Covid-19 outbreak*. (No. WHO/2019-nCoV/ Mental Health/2020.1).
- Maiorani et. AL., (2020), *Essere adolescenti ai tempi del Covid-19: impatto psicologico della pandemia, delle misure restrittive e della Didattica a Distanza (DAD) nell'epicentro della pandemia*.
- AA.VV. (2020) *Cos'è il trauma collettivo?* *Trauma Recovery*, <https://www.traumarecovery.it/2020/06/11/cose-il-trauma-collettivo/> Agostini I. (2020)
- Lo spazio pubblico da riconquistare dopo la reclusione domestica, *Il Manifesto*, 22 aprile 2020.
- Aydin C. (2017), *How to Forget the Unforgettable? On Collective Trauma, Cultural Identity, and Mnemotechnologies*
- G.J. (2020) *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, *The Lancet*, vol. 395, n. 10227, pp. 912-920
- Chang K. (2017), *Living with Vulnerability and Resiliency: The Psychological Experience of Collective Trauma*, *Acta Psychopathologica*, vol. 3, n. 53, pp. 1-5. Cyrulnick B
- Van derKolk B (2005). *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.



The hippocampus trauma treatment centre: a field experience during the Covid 19 pandemic

The Hippocampus Trauma Centre has activated a service to support the population and the health workers of the Cosenza area during the Covid19 Pandemic emergency. The service was meant to provide psychological and emotional support. A research work was carried out on 100 selected subjects to find out the psychological impact of the pandemic and the range and gravity of symptoms. The subjects filled in the Psycho-Coronavirus Questionnaire. The results show the predominance of PTSD symptoms.

KEY WORDS: Covid-19, lockdown, mental health, trauma

link
■ società



Nome-del-padre e amore del papà

The name of the father and father's love

ROBERTO POZZETTI*

PAROLE CHIAVE: padre, genitorialità, simbolo, ruolo

Le due grandi questioni della psicoanalisi

La nascita e la genitorialità costituiscono ottimi argomenti per tornare sulle due grandi questioni che si poneva Sigmund Freud, quelle che lo hanno intensamente interpellato per tutta la vita. Freud poneva al centro della sua opera il ruolo del padre, basilare nella famiglia e nella formazione della soggettività, non soltanto a partire dai dati ricavati dalla clinica ma anche per il fatto di essere cresciuto nella cultura ebraica la quale imperniava l'organizzazione familiare sul ruolo paterno.

Freud si chiese, inoltre, in molti momenti della sua opera, "Cosa vuole una donna?" interrogandosi a diverse riprese sul tema della femminilità. Di questa ultima tematica mi sono occupato molto, in vari momenti del mio percorso di vita e della mia esperienza analitica, ma non la tratterò ampiamente in questo articolo. Mi limito a precisare che per l'inventore della psicoanalisi rimane una questione tutto sommato irrisolta. Egli situa tre modi di posizionamento delle donne rispetto a quell'elemento fondamentale che, per la psicoanalisi, è costituito dal fallo e dalla scoperta della propria mancanza la quale non avviene da subito nella bambina ma dopo qualche anno di vita. Uno è quello della vergine che "porta alla inibizione sessuale o alla nevrosi; il secondo a un cambiamento di carattere nel senso di un complesso di mascolinità; l'ultimo, infine, alla femminilità normale"¹ che consiste nell'accettare la propria evirazione e nel ricevere il fallo da un uomo nella forma del figlio, sostituito del fallo stesso.

Il riferimento fallico lascia tuttavia, in parte, elusa la tematica della femminilità che ha portato gli uomini, e a volte le donne stesse, a lambiccarsi in ogni epoca il cervello senza riuscire a sciogliere tale matassa. In effetti "neppure la psicologia è in grado di sciogliere l'enigma della femminilità"².

Freud accenna alla questione cruciale inerente la distinzione fra l'anatomia ed il destino cogliendo il fatto della soggettività fino a "trarre la conclusione che ciò che costituisce la mascolinità o la femminilità sia un carattere sconosciuto, che l'anatomia non sia in grado di cogliere"³.

Su questo tema, sarà a mio avviso fondamentale il rigoroso contributo di Lacan il quale, nonostante le note accuse di fallologocentrismo a lui mosse anzitutto dal celebre filosofo francese Jacques Derrida, giunge a smarcare decisamente l'anatomia dalla posizione singolare rispetto alla sessualità. La sua puntigliosa lettura di Freud schiude nuovi orizzonti alla psicoanalisi permettendo di attualizzarla e modernizzarla reinventandola ogni giorno, in ogni seduta. Per Jacques Lacan, donna è colei o colui che si situa in una logica non-tutta fallica quanto al godimento. L'uomo si caratterizza per un modo di godimento del tutto fallico tanto a livello dell'organo fallico quanto nei termini delle forme di godimento inerenti l'avere il fallo simbolico: il godimento della parola, del potere, del denaro, del successo, dell'affermazione sociale. Donna è chi gode al di là dell'avere, chi gode soprattutto sul versante dell'essere amata, dell'essere corteggiata, dell'essere desiderata.

Per la psicoanalisi, a cominciare dallo stesso Freud, vi è una distinzione fondamentale da operare fra l'istinto e la pulsione: l'istinto (Istinkt) animale, ad esempio l'istinto di sopravvivenza oppure quello del nutrimento, va differenziato nettamente dalla pulsione (Trieb) che si colloca sempre "al limite fra il somatico e lo psichico". La pulsione sessuale, l'Eros vitale, ed il Todestrieb o pulsione di morte implicano sempre un piano psichico e culturale oltre all'aspetto somatico-biologico dell'organismo.

Altrettanto rilevante appare l'interrogativo sulla genitorialità e, soprattutto sulla paternità. In effetti, il ruolo materno sembra molto più determinato su di un piano naturale: la gravidanza implica, per circa nove mesi, la permanenza del feto nell'utero e la nascita del bambino va di pari passo con una serie di modificazioni del corpo femminile che si predispone ad accudire il nuovo venuto, ad esempio, con l'allattamento al seno, in una riedizione di rapporti primari di attaccamento. La paternità non è affatto determinata a livello naturale in quanto presuppone sempre l'operazione del riconoscimento del figlio come proprio; per questo i latini affermavano: *Mater certissima est, pater semper incertus*. Non sono rari i casi di papà che misconoscono la loro implicazione nella nascita del figlio dubitando di esserne genitori, asserendo che la partner avrebbe intrattenuto rapporti sessuali con molteplici uomini, di non averne avuti loro stessi. Arrivano a sottoporsi al test del DNA per avere dalla certezza scientifica la conferma oppure la smentita della loro implicazione nella fecondazione.

Cos'è essere padre?

Sono sufficienti questi esempi per mettere in luce quanto la paternità si distingua dal piano meramente riproduttivo ed implichi un campo simbolico, nettamente disgiunto da quello relativo all'innestarsi dello spermatozoo in un ovulo.

Il padre non coincide con il papà biologico in quanto la paternità è una tematica simbolica da distinguere dalla genitorialità naturale. Il ricorso all'adozione, sia essa di tipo nazionale o internazionale, dimostra come la genitorialità – in questi termini anche la maternità – costituisca un ruolo sociale più che un fatto biologico. L'intervento della cultura nel campo dell'umanità (data dalla discendenza, dal linguaggio, dalle leggi, dalle relazioni di autorità, dall'eredità, dalla gravidanza della scrittura, dal ruolo basilare della lettura) va ad implementare il genotipo in un modo talmente netto da distinguere radicalmente l'essere umano dall'animale. Gli animali, spesso antropomorfizzati nelle loro rappresentazioni per bambini quali le fiabe ed i cartoni animati, agiscono sulla base dell'istinto studiato dall'etologia ma sono sostanzialmente privi di una logica culturale come è invece quella del linguaggio, della scrittura e della lettura. Per la psicoanalisi, a cominciare dallo stesso Freud, vi è una distinzione fondamentale da operare fra l'istinto e la pulsione: l'istinto (*Istinkt*) animale, ad esempio l'istinto di sopravvivenza oppure quello del nutrimento, va differenziato nettamente dalla pulsione (*Trieb*) che si colloca sempre "al limite fra il somatico e lo psichico". La pulsione sessuale, l'Eros vitale, ed il Todestrieb o pulsione di morte implicano sempre un piano psichico e culturale oltre all'aspetto somatico-biologico dell'organismo.

Dunque la spinta pulsionale verso la genitorialità e, come detto sopra, in special modo verso la paternità, ben poco ha di naturale e si rivolge ad un piano simbolico che trascende l'organismo. Per questo si può essere padri al di là della procreazione e ci si riferisce comunemente alla paternità simbolica di un'idea, di un'invenzione, di una scoperta, ecc. Per questo Ippocrate viene unanimemente considerato il padre della medicina, per avere inventato l'omonimo giuramento sull'isola di Kos, Meucci il padre della radio, Atatürk quello della moderna Turchia, a Bill Gates viene riconosciuto il ruolo indiscusso di padre di Microsoft, a Mark Zuckerberg quello di padre di Facebook così come Freud è, per l'appunto, il padre della psicoanalisi. In questi termini anche una donna può assumere il ruolo di padre simbolico: Rita Levi Montalcini ricopre tale ruolo per le scoperte sui fattori di crescita del sistema nervoso, Mary Quant lo ha in riferimento alla minigonna, Marion Donovan per il pannolino.

Il padre può essere colui che presiede un'organizzazione, colui che la fonda, colui che la fa crescere prendendosene cura dedicandosi ad essa quasi come fosse un figlio. Ma cosa caratterizza, allora, l'essere padre?

Il padre è colui che dona il nome

La mia prima tesi è che il padre sia colui che lega il suo nome a qualcosa oppure a qualcuno che gli succede. La medicina rimane ancora legata, dopo oltre due millenni, a Ippocrate e al suo giuramento; Microsoft appare tuttora come la creatura di Bill Gates; il social network Facebook risulta indissolubilmente legato al nome di Mark Zuckerberg. I successori di Ippocrate prestano ancora giuramento secondo la sua formula così come coloro che assumono degli incarichi istituzionali statali, perlomeno in Italia, prestano giuramento alla Repubblica ed al suo Presidente che rappresenta simbolicamente il padre della patria.

Si può chiaramente cogliere come il padre sia anche correlato con una gerarchia: il padre ha avuto un ruolo primario in un'organizzazione e, per questo, tende a rimanere al vertice della piramide gerarchica di un gruppo, di un'istituzione. Questa è una tesi freudiana: nelle masse formali, il padre è il capo di chi gli è sottoposto. Freud porta due celebri esempi di tali formazioni: la Chiesa e l'Esercito⁴. In quest'ultima chi ha un ruolo superiore nella gerarchia è padre di chi gli sta sotto e, nel contempo, è figlio di chi gli sta sopra: ad esempio, il tenente sarà padre del soldato semplice ma figlio del generale in una logica piramidale su molteplici livelli al cui punto apicale si troverà il comandante in capo, padre supremo delle Forze Armate. Ancora più evidente è quanto avviene nella Chiesa Cattolica dove il sacerdote è padre dei suoi figlioli, i fedeli, ma figlio dei vescovi i quali, nel Conclave, si riuniscono per eleggere il Santo Padre, rappresentante in terra del Padre Eterno.

Per essere padri o figli si tratta di passare per l'operazione di riconoscimento simbolico data dal nome: prestare giuramento, venire battezzati o cresimati, sono atti simbolici che implicano l'elargizione e il riconoscimento di un nome. Quando un bimbo viene battezzato diviene figlio della Santa Romana Chiesa con il nome attribuitogli dai suoi genitori dinanzi all'altare; quando un soldato oppure un operatore istituzionale prestano giuramento vengono riconosciuti come portatori di un'autorità, quella del pubblico ufficiale, dall'istituzione stessa. Al nome proprio si affianca un nuovo nome: quello dato dal Padre (Esercito, Chiesa, Stato, ecc.).

L'operazione paterna per eccellenza consiste nel nominare, nel dare un nome, un nome come forma di riconoscimento simbolico.

Il Nome-del-Padre come concetto clinico

È proprio questo il concetto alla base della diagnosi e della clinica differenziale di Jacques Lacan: il Nome del Padre fa da spartiacque fra nevrosi e psicosi. Una grande innovazione scientifica di Lacan, un suo rilevante contributo è il concetto del Nome-del-Padre e della sua eventuale preclusione. Nella nevrosi, il soggetto assume il Nome del Padre; nella psicosi, risulta inaccessibile questo elemento simbolico chiave e questo rimarrà precluso, come dice Lacan traducendo la *Verwerfung* freudiana (letteralmente, il rigetto) con un termine giuridico. La preclusione, in contesti giuridici, descrive l'impossibilità di accedere a determinati benefici, a misure alternative rispetto alla carcerazione, l'innammissibilità di un'istanza o di un ricorso, l'impossibilità di esercitare una funzione quali certi diritti. La *Verwerfung* era già per Freud qualcosa di diverso dalla rimozione (*Verdrangung*) nevrotica. Lacan giunge a considerarla il meccanismo fondamentale delle psicosi.

A livello clinico, il Nome-del-Padre viene calato nel contesto delle dinamiche familiari e sta ad indicare un elemento di funzionamento quando risulta operativo e di disfunzionamento quando rimane precluso. Funziona là dove la madre riconosce l'autorità paterna ed il figlio saprà assumerne le insegne. È disfunzionale qualora la madre escluda dei riferimenti altri, terzi, dall'esistenza del figlio ed instauri un rapporto simbiotico ed alienante con lui. La formulazione con cui Lacan inizia, fin dagli anni Trenta, ad introdurlo è quella di gruppo familiare decomplesato, "laddove ha il suo massimo effetto quell'isolamento sociale"⁵ tanto propizio allo schiudersi di una costruzione delirante incrollabile. Nelle famiglie in cui manca il padre, si assiste infatti, con maggior frequenza all'emergere di deliri psicotici, sia nella forma del figlio che inizia ad uscire dal solco (de-lirare deriva infatti dal latino *lirare* inerente il solcare i campi con l'aratro tracciando dei solchi) sia in quella delle *folies-à-deux* in cui sono coinvolti madre e figlio, due sorelle, marito e moglie, eccetera. L'esclusione del padre e, più estesamente, del terzo trova la sua forma maggiormente comune in alcune forme di follie-a-due in cui la coppia che si rafforza nelle convinzioni deliranti è costituita dal legame madre-figlia in una deriva femminile volta ad emarginare radicalmente l'elemento maschile dall'istituzione familiare stessa.

Il Terzo stabilisce la legge

Il padre ha dunque la funzione di introdurre la legge per tagliare, almeno in parte, il rapporto simbiotico madre-figlio oppure madre-figlia. Nel momento degli eccessi materni, nei momenti in cui la madre sbotta perdendo la pazienza nei confronti del bambino, è fondamentale che vi sia un terzo in grado di frenarla e di interporre con una modalità pacificante e calmante che bonifichi tale relazione incandescente. Questa funzione va a mediare i conflitti, a stemperare le tensioni, ad attenuare le escandescenze materne introducendo delle regole che preservano

Per essere padri o figli si tratta di passare per l'operazione di riconoscimento simbolico data dal nome: prestare giuramento, venire battezzati o cresimati, sono atti simbolici che implicano l'elargizione e il riconoscimento di un nome. Quando un bimbo viene battezzato diviene figlio della Santa Romana Chiesa con il nome attribuitogli dai suoi genitori dinanzi all'altare; quando un soldato oppure un operatore istituzionale prestano giuramento vengono riconosciuti come portatori di un'autorità, quella del pubblico ufficiale, dall'istituzione stessa. Al nome proprio si affianca un nuovo nome: quello dato dal Padre (Esercito, Chiesa, Stato, ecc.). L'operazione paterna per eccellenza consiste nel nominare, nel dare un nome, un nome come forma di riconoscimento simbolico.

Quando parliamo dell'importanza della funzione del padre per una sana evoluzione del bambino non ci riferiamo al modo di porsi del papà come persona così come non ci interessa tanto la mamma nella sua persona. Non conta il fatto che il papà sia giovane o vecchio, colto o poco colto, fisicamente presente in casa oppure molto assente, dedito al lavoro oppure disoccupato, eccetera. Questo è tanto più importante in un momento storico in cui il tradizionale ruolo del padre sembra modificato dai cambiamenti sociali che lo portano spesso ad essere presente in casa per lo stesso tempo della madre.

il bambino, più vulnerabile e impotente, maggiormente esposto ai capricci della mamma tanto da chiedersi ripetutamente: "Tu, mamma, da me cosa vuoi?". Dunque il padre non coincide con la persona del papà in quanto il padre è l'elemento terzo in grado di compiere questa operazione di separazione, nella legge. Tale ruolo, oltre che dalle normative dello Stato, può essere svolto da uno zio, da un fratello, da un ideale, da un'altra donna nel caso di un matrimonio soffico. Oggi, nel mondo occidentale, siamo nell'epoca dello sgretolarsi del padre, della crisi dello Stato, delle religioni, delle ideologie impennate su una figura paterna. Ora si può irridere il Sindaco in un Consiglio Comunale, accusarlo di tristezza, insultare il Capo dello Stato senza alcuna conseguenza penale. In altre parti del mondo, invece, troviamo ancora l'autoritarismo paterno: a volte questo si affianca alla religione e ad una lettura integralista dei testi sacri che emargina le donne entro le mura domestiche per mantenere la supremazia paterna e più ampiamente maschile; altre volte questo si affianca all'idea nostalgica di una grande nazione con il leader che fa da padre di una moltitudine e che viene accolto da ovazioni e cori da stadio in nome della rivincita del paese ferito. In realtà comunitarie, troviamo ancora casi in cui il patriarca che si pone come buon padre di famiglia per mille figli poi mette in atto oscenità, percosse, violenze, abusi inenarrabili. Tuttavia vi sono ancora alcuni individui che svolgono dei ruoli paterni e che, spesso, lo fanno anche bene.

Quando parliamo dell'importanza della funzione del padre per una sana evoluzione del bambino non ci riferiamo al modo di porsi del papà come persona così come non ci interessa tanto la mamma nella sua persona. Non conta il fatto che il papà sia giovane o vecchio, colto o poco colto, fisicamente presente in casa oppure molto assente, dedito al lavoro oppure disoccupato, eccetera. Questo è tanto più importante in un momento storico in cui il tradizionale ruolo del padre sembra modificato dai cambiamenti sociali che lo portano spesso ad essere presente in casa per lo stesso tempo della madre.

Il papà può essere la più brava persona del mondo senza, tuttavia, riuscire a svolgere adeguatamente il suo compito; può essere un uomo con delle lacune, con dei limiti, eppure, forse proprio per questo, funzionare molto bene come padre. Ad esempio, quando ci sono dei ragazzini con disturbi psichici, è inutile cercare nel papà o nella mamma la colpa di chissà quali problemi; analogamente, quando incontriamo un bambino brillante ed equilibrato non siamo in grado di scorgere la qualità dei genitori che ne ha consentito una crescita tanto serena. Diciamo che il bambino è l'effetto di una propria risposta, di una risposta soggettiva alle condizioni familiari ed ambientali in cui è nato e cresciuto. Basti pensare ai casi di fratelli gemelli oppure di sorelle gemelle il cui destino risulta del tutto diverso nonostante siano entrambi nati e vissuti nello stesso humus culturale: una bimba diverrà via via una donna affermata, brillante e di successo tanto nel campo professionale quanto in quello dell'amore e delle amicizie; la sorella avrà un'evoluzione soggettiva inibita, volta alla depressione e resterà imbrigliata per molti anni della sua età adulta nelle grinfie della famiglia d'origine senza riuscire ad acquisire una propria autonomia.

Quello che risulta fondamentale è, comunque, il modo in cui i genitori hanno svolto la loro funzione simbolica, ad esempio il modo in cui la madre parla del padre al figlio. Se parlando del marito lo valorizza ne scaturirà un'identificazione, se lo critica il bambino ne trarrà un certo smarcamento, se lo esclude si instaurerà un legame asfissiante fra madre e bambino che potrebbe comportare delle serie conseguenze per la sua esistenza.

Il Nome del Padre è il significante

Abbiamo detto che il compito essenziale del padre sta nel dare il nome, ad esempio nel dare il cognome al figlio che si trasmette così per legge, registrandone la nascita all'Ufficio Anagrafe del Comune di residenza ed iscrivendo, così, il bambino in un consesso comunitario. Ma che cos'è il nome? Il nome è qualcosa che precede il soggetto, che ne precede la nascita, in quanto il figlio assumerà appunto il cognome paterno. Precede, però, anche la nascita del papà, il quale ha assunto a sua volta il cognome di suo padre. La normativa europea, ora approvata anche in Italia, volta a permettere alla madre la trasmissione del proprio cognome al figlio cambia poco, in questa logica: come scritto poc'anzi, anche la mamma può compiere un'operazione simbolica di stampo paterno.

Il fatto è che il campo del linguaggio precede sempre il soggetto in quanto ognuno di

noi ascolta, fin dalla nascita, sin dalla vita intrauterina, le voci dell'ambiente familiare (la voce della mamma, del papà, dei nonni, dei fratelli maggiori, dei vicini di casa, degli amici dei genitori e così via). La voce precede sempre il soggetto e il neonato la riconosce. Vi sono esperimenti, citati da André Green⁶, relativi al registrare la voce della mamma ed al farla ascoltare ai neonati staccati dalla genitrice stessa già al primo giorno di vita: l'effetto è l'immediata reazione dell'infante che dimostra di recepire la voce materna come familiare fin dal primo giorno di vita, anche senza gli altri stimoli sensoriali. Lacan mette in forma logica la questione dell'Edipo freudiano, descritto nell'Interpretazione dei sogni, attraverso il riferimento alla linguistica strutturale del ginevrino De Saussure. Il celebre linguista rintraccia la differenza fra significante, immagine acustica, e significato. Le leggi dell'inconscio freudiano sono condensazione e spostamento e queste si ritrovano nelle formazioni dell'inconscio, come appunto il sogno. In esse, un elemento del contenuto manifesto onirico rinvia ad un contenuto latente attraverso una sostituzione metaforica in cui un elemento rappresenta un altro rimosso (ad esempio, sognare una volpe rinvia all'astuzia) oppure attraverso una denotazione che sposta l'elemento inconscio in un altro deformato, ad esempio con il cambiamento di una lettera (come nel sognare Dio per indicare lo zio). Tali regole dell'organizzazione delle formazioni dell'inconscio vengono rilette in termini strutturali accostando la condensazione alla metafora, secondo la quale ogni significante può corrispondere a più significati contemporaneamente aggiungendo senso e velando l'elemento rimosso ed inconscio; analogo è il nesso fra la metonimia e lo spostamento in cui viene detta una parte per il tutto.

Tornando all'Edipo, la domanda principale che si pone un bambino, anche molto piccolo, è: "Cosa vuole mia madre?". Egli si accorge che la madre non rivolge sempre a lui le sue attenzioni, che guarda altrove, che il suo desiderio è articolato con qualcosa che si situa da un'altra parte. La risposta più comune del bambino riguarda il padre: la madre si interessa al padre e, quando non è con lui, sta con suo padre; quando non desidera lui, desidera suo padre.

È quanto si ritrova nell'operazione logica della metafora paterna dove il Desiderio della Madre, inteso come il desiderare di una madre in quanto donna, lascia filtrare il Nome-del-Padre, che si sostituisce ad esso. Si tratta di un'operazione metaforica. Vi è in gioco una metafora in cui un significante sostituisce un altro significante. Il significante paterno sostituisce quello del desiderio materno. L'effetto di questa sostituzione è il riconoscimento del fallo come significato. Il desiderio materno è la metonimia della mancanza: la madre sposta la propria mancanza femminile nel desiderio rivolto al padre il quale, avendo il fallo, la può completare. Ne può completare la femminilità, ad esempio, dandole un bambino, inteso da Freud quale sostituto del fallo che le manca.

La metafora paterna costituisce il lavoro di ordinamento rigoroso e strutturale operato da Lacan rispetto al mito dell'Edipo di Sofocle, considerato dal fondatore della psicoanalisi il complesso nucleare di ogni nevrosi. Il fallo non è il pene: il fallo è il significato della mancanza materna e del suo desiderio: per questo il bambino, maschio o femmina che sia, dovrà posizionarsi rispetto all'averlo o no il fallo.

Un altro modo in cui il padre svolge la sua funzione è quello del trasmettere, per legge, il suo cognome al figlio. Non è qualcosa di banale poiché l'assunzione di un Nome è emblematica di come il bambino venga al mondo in un ambiente ben definito assimilando una storia, una cultura, un'organizzazione familiare che lo hanno preceduto. Il bambino non è una tabula rasa alla nascita in quanto prende il posto che i genitori e le loro famiglie gli hanno riservato. Questo lo si vede dalla stanza che gli hanno preparato quando hanno acquistato un appartamento e già riservavano un posto ad un figlio che sarebbe venuto un giorno lontano.

Lo si vede nella scelta del nome proprio che risulta spesso molto significativa del modo di articolare il desiderio parentale nei confronti del bimbo.

Vediamo il cognome: quando il padre si rifiuta di riconoscere legalmente il figlio, di dargli il suo cognome, per quest'ultimo sono guai.

Tutto questo precede la nascita del figlio. Ovviamente vi è anche la funzione del padre della Legge nel corso della vita del figlio. Il padre ha, innanzitutto, il compito di "fare" la Legge nei confronti della madre ponendole dei limiti nel legame con il figlio, un legame che rischierebbe di divenire simbiotico. Dunque il padre deve tagliare, recidere il rapporto fra madre e figlio interdiciendo questo nesso viscerale. Ecco il concetto di castrazione introdotto da Freud. In effetti già per il fondatore della psicoanalisi la castrazione si presenta come una regola per certi versi strutturale

La metafora paterna costituisce il lavoro di ordinamento rigoroso e strutturale operato da Lacan rispetto al mito dell'Edipo di Sofocle, considerato dal fondatore della psicoanalisi il complesso nucleare di ogni nevrosi. Il fallo non è il pene: il fallo è il significato della mancanza materna e del suo desiderio: per questo il bambino, maschio o femmina che sia, dovrà posizionarsi rispetto all'averlo o no il fallo.

Sono le madri ad inventare il Nome-del-Padre riconoscendo autorità ad un terzo che può essere chiunque e qualunque cosa, oltre al papà. L'importante è che la madre abbia un interesse, una passione in grado di distoglierla dal legame asfissiante col bimbo: secondario è che sia rivolta ad un uomo o ad una donna in forma di desiderio sessuale, ad un'attività professionale, ad un ideale, ad un libro, ad un attore, ad un cantante, ad una squadra di calcio.

in quanto il tabù dell'incesto descritto in *Totem e tabù*⁷ oltre che essere effetto dell'operazione di interdizione paterna viene ad assumere una funzione universale di Legge basilare rintracciabile in culture fra loro radicalmente diverse. Non sempre è così: ci sono madri che dormono con i figli maschi di 25 anni causando loro seri problemi.

Il significante parla strutturalmente ad ogni essere umano, senza che questi ne sia padrone; viene però, di solito, riconosciuto dal soggetto come qualcosa di proprio (ricordo, fantasia, impressione fugace, illusione, immaginazione tormentosa, pensiero intrusivo, eco immaginaria, ossessione, eccetera). A volte non è così: il significante si sonorizza, parlando ad alta voce al soggetto, di solito con virulenza, in modo talmente intenso che egli si convince, con un'accezione di certezza, della realtà di quanto percepisce. È il momento dello scompensamento di una psicosi, fino a quel momento coperta da altri sintomi, da passioni e relazioni che avevano fatto da stampella. Sarebbe ingenuamente sbagliato chiedere ragione al soggetto di quanto percepisce in quanto l'allucinazione verbale è la dimostrazione più eclatante di come il significante possa giungere ad imporsi a lui, in una sorta di annichilimento soggettivo. Il fatto che vi sia un *perceptum*, elemento percepito, lascia in sospeso la questione sull'esistenza del soggetto *percipiens*: la clinica dimostra come l'esperienza allucinatoria avvenga in una sorta di momento di assenza del soggetto che si manifesta in vari modi (perplexità totale circa quello che gli succede, mutismo atterrito che ne consegue, incapacità di domandare aiuto e di formulare un appello, crollo psicofisico, imposizione di agiti autolesionistici e suicidari). Quello che la psichiatria classica, ad esempio con Baillarger, aveva definito una percezione senza oggetto si rivela, in effetti, una percezione senza soggetto in quanto il soggetto ne risulta annichilito e la subisce del tutto passivamente. Ciò lascia intatta ed inattaccabile la certezza che l'esperienza vissuta riguardi profondamente il soggetto al punto da dover costruire, via via, un'elaborazione delirante circa quanto gli è successo.

La tesi di Jacques Lacan, una di quelle che più lo hanno reso celebre in tutto il mondo, è che questa fase di scompensamento, in cui il significante si scatena divenendo reale per il soggetto che lo percepisce, avvenga quando il soggetto diventa padre oppure incontra una figura paterna a lui contrapposta. Per questo la paternità, reale o simbolica, costituisce una situazione particolarmente rischiosa quanto al manifestarsi di psicosi fino ad allora ben compensate.

Ciò che risulta decisivo per la nevrosi è il nome dato al desiderio della madre: la funzione paterna così come la funzione fallica, ad esempio nella rivalità con il padre. Si tratta di porre dei limiti, di esercitare un compito autorevole e, alcune volte, anche autoritario. Basti considerare il tempo ampio, a volte quasi infinito ed illimitato che certi bambini trascorrono dinanzi alla televisione oppure ad altri schermi come quello del computer portatile per giocare alla Play Station, per vedere i cartoni animati preferiti, per guardare svariati programmi oppure dinanzi allo smartphone per chattare sui social network. Diverso è l'apprendimento scolastico dinanzi allo schermo, non soltanto in tempi di pandemia ma anche considerando i dispositivi digitali come risorsa preziosa per la trasmissione di conoscenze. Si tratta comunque di porre un limite, con modi pacati ma fermi dinanzi alle lamentele piagnucolanti dei figli. A volte, per evitare conflitti e scenate, i genitori assecondano sistematicamente i loro figli, divenendo succubi della loro posizione di forza e di padronanza.

Sono le madri ad inventare il Nome-del-Padre riconoscendo autorità ad un terzo che può essere chiunque e qualunque cosa, oltre al papà. L'importante è che la madre abbia un interesse, una passione in grado di distoglierla dal legame asfissiante col bimbo: secondario è che sia rivolta ad un uomo o ad una donna in forma di desiderio sessuale, ad un'attività professionale, ad un ideale, ad un libro, ad un attore, ad un cantante, ad una squadra di calcio.

La madre acquisisce qualcosa quando fa un figlio, trova un completamento. Il papà, invece, perde qualcosa. C'è una perdita reale, una perdita di soldi, una perdita relativa al distacco ed alla separazione che avviene facilmente dal padre. In caso di divorzio il figlio rimane quasi sempre con la madre. Questa perdita va recuperata sul piano simbolico; ad esempio comporta un'assunzione di responsabilità simbolica. Tutto questo concerne il padre simbolico.

Il padre morto

Dal momento che il padre esula dalla persona del papà ed è invece il significante, il modo di funzionamento per eccellenza del Nome-del-Padre è quello del padre

morto. Gli studi sulle società primitive descritti da Freud nel già citato *Totem e Tabù* e poi confermati dalle ricerche antropologiche di Lévy-Strauss hanno posto in auge la funzione simbolica del totem. In questa vicenda mitica, il padre dell'orda primigenia, il padre delle tribù primitive, emblema mitico di un'età dell'oro perduta, aveva il privilegio di poter godere di tutte le donne. La comunità dei fratelli, fra loro riuniti in un'alleanza, si ribella però a tale organizzazione ed aggredisce il padre uccidendolo. Morto, il padre proibisce quanto proibiva da vivo con l'apposizione del totem e le donne rimangono comunque qualcuno di cui non si può godere. Il totem costituisce, dunque, una forma capitale dell'ordine simbolico in quanto rende presente il ruolo paterno di proibizione dell'incesto anche *in absentia* della figura del padre, trasformato in significanti paterni, per esempio in sogni o ricordi oppure fantasie centrate sui discorsi che faceva a suo tempo.

Il padre morto dimostra lo sganciamento della funzione del Nome-del-Padre dalle relazioni della quotidianità. Questo è uno dei motivi per cui, nell'analisi, la posizione di ascolto silenzioso dell'analista assume molta rilevanza: l'analista va, così, ad incarnare una presenza/assenza analoga a quella del padre morto. Ciò permette lo spostamento del lavoro analitico dal piano delle relazioni interpersonali a quello simbolico in cui l'analizzante parla e compie libere associazioni mentre l'analista interpreta da una posizione simbolica. Questa impostazione clinica risulta maggiormente oggettiva rispetto a chi interviene basandosi su qualche misteriosa proprietà delle emozioni in quanto si fonda, anziché sui vissuti controtransferali dell'analista, su dati precisi inerenti il discorso concreto del paziente.

Dare ciò che non si ha: l'amore del papà

La mia ultima tesi concerne il passaggio epocale relativo ai padri contemporanei. Nell'epoca in cui la figura paterna è storicamente in declino – sia pur con le debite eccezioni relative a certi contesti di integralismo religioso e ad alcune nazioni ai cui vertici troviamo un leader autoritario -, assistiamo al ruolo nuovo dei papà: un passaggio dalla funzione simbolica del padre allo svolgimento dei compiti pratici.

Una volta il padre si dedicava al lavoro, era sovente fisicamente assente ma simbolicamente presente in quanto la madre ne riconosceva la parola e l'autorità. La madre, trascorrendo buona parte delle giornate in casa con il figlio ed essendo fondamentalmente volta al suo accudimento, ne evocava la parola che diveniva legge familiare.

Vi è un altro compito del padre che va svolto insieme al mettere la legge, le regole, al figlio ed alla madre: è quello di mettere amore nella Legge, nello svolgimento del suo compito. Quello della madre, che, di solito, è più concentrata sull'accudimento e l'amore per il figlio, è quello di normare il proprio amore secondo la Legge.

Fino a qualche decennio fa, i padri spendevano pochissimo tempo con i figli. Oggi stanno molto con i bambini, si prendono dei congedi di paternità dal lavoro allo stesso modo delle mamme nel periodo immediatamente successivo alla gravidanza, dedicano un giorno la settimana ai figli, si prendono cura dei neonati, li allattano con il biberon, danno loro la pappa, li cambiano, fanno loro il bagnetto, guardano e commentano con loro i cartoni animati *à la page*, come Peppa Pig.

In fondo, la grande questione cui accennavamo nelle prime righe del testo, quella sul che cosa significa essere donna, risulta oggi di estrema attualità anche per gli uomini. L'epoca del declino paterno diviene, per certi versi, l'epoca di un maggior spessore sociale delle donne. Le donne acquisiscono potere, assumono ruoli sempre più rilevanti nella società, prendono posizioni chiave, rivendicano ed ottengono le quote rosa e si smarcano dalla definizione di "sesso debole".

Questa evoluzione è senz'altro importante e la psicoanalisi, lungi dal rimpiangere il passato, lungi dall'aver nostalgia dei tempi che furono, sospende il giudizio su quanto è accaduto, con una *epochè* husserliana. La psicoanalisi opera a partire dalla concretezza del mondo reale in una logica di storicità dell'inconscio e dei sintomi per i quali lo psicoanalista viene consultato.

Il rischio di questa epoca è una certa femminilizzazione paterna per cui si assiste sempre più spesso alla figura del cosiddetto "mammo", del papà che svolge un ruolo materno anziché mettere dei limiti e svolgere il compito di rappresentare la legge. Il papà dell'amore è perfettamente compatibile con il soggetto psicotico che diventa papà. Un soggetto per cui il Nome-del-Padre risulta precluso strutturalmente, cosa si troverà a dare al figlio? Dovrà dare il proprio nome riconoscendolo come proprio figlio, andandone a registrare la nascita all'Ufficio Anagrafe, iscrivendolo con il

Il padre morto dimostra lo sganciamento della funzione del Nome-del-Padre dalle relazioni della quotidianità. Questo è uno dei motivi per cui, nell'analisi, la posizione di ascolto silenzioso dell'analista assume molta rilevanza: l'analista va, così, ad incarnare una presenza/assenza analoga a quella del padre morto.

Il bambino tende a riprodurre le azioni dei genitori e a rivivere buona parte di ciò che sperimenta nell'alveo familiare. Dunque, se non coglie desiderio fra loro, crescerà a sua volta senza desiderio, senza interessi, senza passione. La situazione comune è quella per cui, nel discorso genitoriale, il soggetto trova qualcosa di non del tutto chiaro, di non completamente definito. Può essere un silenzio enigmatico, può essere la domanda su cosa fanno i genitori nella loro camera, può essere un segno di affettività. Da tutto questo sorge talvolta una questione intorno al «Che vuoi?», un interrogativo circa il desiderio, a partire dal quale diviene possibile interrogarsi sul proprio desiderio.

proprio nome nei contesti istituzionali che frequenterà? Dovrà dare ciò che non ha. È ormai noto e spesso citato il celebre aforisma di Lacan sull'amore: "Amare è dare ciò che non si ha". Amare si distingue dalla psicologia del ricco il quale potrà dare, senza fatica, ciò che ha. Amare implica dare la propria mancanza in quanto "non c'è dono possibile più grande, segno d'amore più grande del dono di ciò che non si ha"⁸. La figura paterna femminilizzata costituisce un'icona clinica frequente anche nell'isteria, posizione discorsiva più tipica delle donne come è ben descritto dalla parola stessa che rinvia ad utero, in greco. L'ascesa al potere delle donne in numerosi campi (politico, economico, sociale, ecc.) ha avuto numerosi effetti positivi ma ha anche determinato una certa tendenza a castrare l'uomo.

Abbiamo, così, papà sempre più castrati anziché padri portatori di un fallo potente, come avveniva spesso nella *belle époque* della psicoanalisi. Si instaura, così, una certa confusione di ruoli in cui le differenze fra maschile e femminile, fra mamma e papà, fra uomo e donna, risultano ridotte. Questo implica anche una certa difficoltà di identificazione di genere nei figli, sprovvisti di punti di riferimento solidi e di modelli chiari.

Dal padre ai papà della coppia genitoriale

Crede che la questione paterna si concluda sul pur cruciale piano simbolico implicherebbe fare del significante qualcosa che esaurisce tutto dell'essere umano e dell'esistenza. In effetti non tutto è significativo, non tutto si struttura a livello simbolico. Vi è, fra l'altro, anche il padre reale. Ma che cosa caratterizza il padre nella sua accezione reale? A questo livello abbiamo a che fare con il padre da intendere come un soggetto pulsionale quale tutti gli altri. Si distingue da un'entità disincarnata, caratterizzata da puro spirito come nel caso del Nome-del-Padre, il cui emblema viene rappresentato appunto dal padre morto. Qui abbiamo il padre vivente, il padre in carne e ossa, il padre con un suo desiderio erotico, il padre che fa di una donna la causa del suo desiderio, che desidera sua moglie oppure altre donne. È così che il figlio può incontrare un legame di desiderio forte fra i genitori.

Il bambino tende a riprodurre le azioni dei genitori e a rivivere buona parte di ciò che sperimenta nell'alveo familiare. Dunque, se non coglie desiderio fra loro, crescerà a sua volta senza desiderio, senza interessi, senza passione, con una certa apatia.

La situazione comune è quella per cui, nel discorso genitoriale, il soggetto trova qualcosa di non del tutto chiaro, di non completamente definito. Può essere un silenzio enigmatico, può essere la domanda su cosa fanno i genitori nella loro camera, può essere un segno di affettività. Da tutto questo sorge talvolta una questione intorno al «Che vuoi?», un interrogativo circa il desiderio, a partire dal quale diviene possibile interrogarsi sul proprio desiderio.

Un bambino può, per esempio, provare piacere nei contatti con sua madre. La funzione del padre non è solo quella di proibire tale intimità ponendosi come terzo ma anche quella di dire che è lui a desiderare sua madre. Non si tratta solo di dire no ma anche di dimostrare una sincera attrazione per la propria donna, per la madre del proprio figlio. E si tratta di dirgli: "Anche tu un giorno potrai avere una ragazza! Anche tu avrai un fidanzato!", ecc. Fondamentale è che il figlio percepisca desiderio fra i genitori, oltre che una certa coesione rispettosa, nonostante un'eventuale separazione. Anche i figli di genitori separati, possono rintracciare nei propri genitori le basi per assumere un proprio desiderio.

Vi sono certamente tanti papà. Questo è un fatto di tutta evidenza. Un papà, per svolgere almeno un po' del ruolo paterno si orienta su di un ricordo, su di una storia, su di una memoria che trae origine da un insegnamento che ha comunque ricevuto. Nel 2007, mentre mi recavo ancora dal mio precedente analista, prima di ricominciare il mio percorso analitico a Parigi con allievi diretti di Lacan, sognai un collega dell'istituzione ove lavoravo all'epoca, di nome Paparesta. Lo associai a: "Papà - resta". Il papà resta un riferimento fondamentale per l'essere umano, per i figli, per una famiglia. Perché il papà resti uno dei possibili punti di riferimento, bisogna che il soggetto abbia assunto, in qualche modo, a proprio modo, una prospettiva metaforica che vada al di là della persona del papà, cogliendo una dimensione paterna di tipo simbolico.

*Psicoanalista lacaniano.

NOTE

1. S. Freud, *Opere, La femminilità in Introduzione alla psicoanalisi* (Nuova serie di lezioni), volume 10, p. 232, Bollati Boringhieri, Torino.
2. *Ibidem*, p. 223.
3. *Ibidem*, p. 221.
4. S. Freud, *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* in *Opere*, Volume 9, Bollati Boringhieri, Torino.
5. J. Lacan, *I complessi familiari nella formazione dell'individuo*, Einaudi, Torino, 2005, p. 61
6. A. Green, *Illusioni e disillusioni del lavoro psicoanalitico*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.
7. S. Freud, *Totem e tabù* in *Opere*, cit., Volume 7.
8. J. Lacan, *Il Seminario. Libro IV. La relazione d'oggetto*, Einaudi, Torino, 1996, p. 149.

BIBLIOGRAFIA

- A. Green, *Illusioni e disillusioni del lavoro psicoanalitico*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.
Freud, *Opere, La femminilità in Introduzione alla psicoanalisi* (Nuova serie di lezioni), volume 10, p. 232, Bollati Boringhieri, Torino
- S. Freud, *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* in *Opere*, Volume 9, Bollati Boringhieri, Torino.
- S. Freud, *Totem e tabù* in *Opere*, cit., Volume 7.
- J. Lacan, *I complessi familiari nella formazione dell'individuo*, Einaudi, Torino, 2005
- J. Lacan, *Il Seminario. Libro IV. La relazione d'oggetto*, Einaudi, Torino, 1996



The name of the father and the love of the father

Birth and parenthood are issues which encourage the author to revisit the two great questions Freud posed to himself: "What is the role of the father?" "What does a woman really want?" The article is a reflection on the complex interactions and roles of father and mother with suggestions from Lacan's teaching.

KEY WORDS: father, parenthood, symbol, role

Il mito di Metis: meticciano del corpo e degli affetti

The myth of Metis: the hybridization of bodies and affections

MARISA D'ARRIGO*

Il mito di Metis, la metafora della contaminazione tra assimilazione e rigetto. Come si declina nelle relazioni affettive complesse, quali potrebbero essere quelle delle famiglie adottive, e nel corpo, per rappresentare panorami inesplorati ed impensabili che un progresso tecnico sempre più avanzato rende possibili.

PAROLE CHIAVE: contaminazione, creatività, universi

«I figli di migranti sono esposti al rischio del transculturale (quello del passaggio da un universo all'altro) come gli eroi della mitologia che sono esposti al rischio di vita, Perseo, Edipo, Mosé...Ma se riescono a controllarlo, e se noi clinici, li aiutiamo a costruire dei legami tra questi mondi, questi bambini, come nella mitologia, possono guadagnare delle qualità eccezionali. La situazione in cui si trovano potenza allora la loro creatività, com'è stato per tutti coloro che hanno superato dei rischi, come per tutti i meticci» [Marie Rose Moro]

Resilienza e Meticciano

Ho incontrato il mito di Metis occupandomi della resilienza, riflettendo cioè sulla etimologia del termine (deriva dal latino *resilio*, rimbalzare), sul fatto che è un concetto preso in prestito dalla fisica dei metalli e che, adottato dalla psicologia, sta ad indicare la qualità che permette ad una persona, anche se sottoposta ad un "urto" traumatico, di fronteggiare la situazione superandola ed imparando da essa. La resilienza dunque è una capacità che utilizza flessibilità, adattamento, polimorfismo. Caratteristiche queste, insieme ad imprevedibilità ed ambiguità, proprie della *metis*, l'intelligenza pratica dell'antica Grecia.

Il mito di riferimento è quello di Metis, sposa di Zeus, che questi ingoia mentre era gravida di Atena e che, lungi dal morire, resta una voce fuori campo (e quindi in una prospettiva *ex-centrica*) che parla dalla pancia di Zeus. Metis quindi rappresenta la ricchezza e l'occasione in più, data, per dirla con il linguaggio dello scapone scientifico, dallo spariamento delle carte.

Da Metis deriva il termine "meticciano" a cui da sempre è stata attribuita sia per la resistenza fisica che per la capacità di adattamento ed apprendimento una sorta di marcia in più.

Meticciano non è osmosi o fusione, non è un patchwork dal gusto kitsch, è discontinuità, un pieno che presuppone il vuoto, è attrazione e repulsione, congiunzione e disgiunzione. Noi, Homo Sapiens, siamo meticciani sia in senso biologico che culturale¹. Anche semplicemente l'identità linguistica che caratterizza una comunità è formata di parole che sono il prodotto di incontri e di scambi che si evolvono in continuazione.

«Mescolare ti fa crescere, ti dà nuova vita. Sviluppa incroci, mutazioni e conferisce originalità» [Papa Francesco, Mozambico 2019].

Il concepimento e la gravidanza

Già la gravidanza è un'apertura alla contaminazione.

Il feto rappresenta un corpo estraneo contro il quale il sistema immunitario materno dovrebbe attivarsi. È la placenta (organo *bifronte* in quanto costituita da un lato dai tessuti formati dall'embrione e dall'altra da tessuti originati dalla madre) che permette il collegamento tra il sistema circolatorio del feto e della madre e al tempo stesso fa da barriera tra l'ambiente amniotico del primo e la cavità uterina della seconda. In questa funzione filtrante, si legge sui testi di medicina, produce un enzima che abbassa la risposta immunitaria dei linfociti T materni (sentinelle dell'organismo) e questo impedisce le reazioni di rigetto dell'embrione da parte dell'*organismo ospitante* (cioè della madre).

Già l'utilizzazione di questi termini apre ad angolazioni *inusuali di panorami conosciuti*: il corpo della madre, come organismo ospitante; il feto, come organo non-self ospitato; il concepimento come innesto.

La vita nasce dal contatto con l'altro/ il diverso/ l'estraneo e l'alterità ha un ruolo cruciale sia nella formazione dei corpi che nella costruzione dell'identità.

La gravidanza sappiamo, come preparazione ad una nascita, è prima, durante e dopo, soprattutto un processo di creazione psichica.

Grazie alle fantasie, ai sogni ed alle immagini che l'accompagnano, permette che il feto (che potremmo definire in maniera brutale "un gruppo di cellule estranee, con un loro patrimonio genetico diverso") da oggetto di reazioni difensive di rigetto diventi oggetto di investimento narcisistico e di identificazione. La fantasia e le sue immagini, la funzione poetica, svolgono una funzione analoga a quella della placenta, di filtro, protezione e comunicazione.

La gravidanza da ovodonazione

È facile comprendere come tutte queste riflessioni, quelle che ho definito angolazioni inusuali di scenari conosciuti, diventino preponderanti quando ci affacciamo su *scenari inusuali*, come quelli che in ambito di riproduzione umana la scienza e la tecnica ci offrono: quali ad esempio la gravidanza da ovodonazione.

In questo caso l'embrione è totalmente un "non sé" per il sistema immunitario materno. Ci si trova di fronte cioè ad un vero e proprio "trapianto" che, proprio in virtù della placenta, non viene rigettato come "estraneo" ma attiva uno specifico e particolare adattamento immunologico. Questo processo contempla però anche l'aumento, percentualmente riscontrato, del rischio di problematiche organiche (ipertensione, preeclampsia, diabete gestazionale, emorragie). Si riscontra cioè sul piano corporeo una maggiore possibilità di difficoltà di accoglimento.

L'estrema tecnicizzazione della procedura comporta tempi contingentati che impediscono il necessario processo di elaborazione di quelle che in queste situazioni sono (oltre alla sterilità) le due tematiche di fondo: quella dell'"*estraneo*" e quella del "*dono*".

Se è vero che l'estraneo (in questo caso l'estranea) è vissuto come un "donatrice", quindi come colei che permette la realizzazione del desiderio, sarà un elemento per sempre presente nella mente dei genitori a testimonianza della incapacità procreativa. Oltre che naturalmente per sempre presente nelle cellule del figlio

In queste pratiche inoltre domina la tirannia del tempo come *Krònos* piuttosto che come *Kairòs*, come quel giusto tempo cioè necessario per far emergere le fantasie associate e per permettere alle coppie di imbastire la propria storia, la narrazione di cui sentirsi protagonisti.

Di fronte al velocissimo cambiamento relativo al modo di poter diventare genitori, è necessario stimolare l'attività poetica, proponendo «nuove riflessioni per consentire a queste donne e a questi uomini di trovare nuovi modi per raccontare il loro diventare genitori» (Magda Di Renzo).

Ancora una volta sono la narrazione e le immagini da questa evocate che ci vengono incontro.

Maria Rosa Cutrufelli nel suo romanzo *L'isola delle madri* parla, in un mondo distopico dove il Grande Vuoto (la sterilità) è diventata la malattia, di *mamme uovo, mamme canguro e mamme giardiniere*.

Il trapianto d'organo

Allontaniamoci ancora di più dalla galassia del conosciuto verso i limiti degli scenari inusuali e sconosciuti relativi al nostro corpo. Un trapianto d'organo è evento assoluto: mette a contatto sul piano più primitivo, quello dell'assimilazione corporea tra due persone, due estraneità, sotto l'egida della morte.

La gravidanza sappiamo, come preparazione ad una nascita, è prima, durante e dopo, soprattutto un processo di creazione psichica.

Grazie alle fantasie, ai sogni ed alle immagini che l'accompagnano, permette che il feto (che potremmo definire in maniera brutale "un gruppo di cellule estranee, con un loro patrimonio genetico diverso") da oggetto di reazioni difensive di rigetto diventi oggetto di investimento narcisistico e di identificazione. La fantasia e le sue immagini, la funzione poetica, svolgono una funzione analoga a quella della placenta, di filtro, protezione e comunicazione.

Come nella gravidanza, l'organo non-self (il feto nella gravidanza) deve essere investito narcisisticamente ed assimilato all'immagine corporea, stabilendo un processo di identificazione profonda tra ospite e donatore. Alcuni autori parlano di accorporazione, termine che comprenderebbe entrambi i versanti dell'esperienza: l'incorporazione che esprime il passaggio somatico dall'esterno all'interno attraverso gli orifizi corporei; l'introiezione che costituisce una modalità di interiorizzazione sul piano mentale. Se questo processo non avviene, il soggetto può continuare a sentire l'organo trapiantato come una protesi, come estraneo e, nei casi più estremi, come un persecutore.

«Per mezzo dei trapianti, le chimere sono scese tra noi dal mondo del mito, richiedendo alla nostra specie nuove e inedite risposte. Per la prima volta nella storia dell'uomo è possibile violare la barriera che separa il Sé dall'Altro e agire sulla nostra più profonda essenza di corpi abitati da menti»².

Il corpo del soggetto trapiantato attacca l'intrusione di un organo estraneo ed intruso e contemporaneamente l'organo donato attacca le difese immunitarie del soggetto trapiantato. È una guerra a tutto campo «... dover attaccare, se si vuol vivere, la trincea più intima della propria identità... rischiando così, pur di permettere all'organo dell'altro di attecchire nel nostro corpo, proprio di rendere quest'ultimo il più estraneo possibile... mantenendo l'organismo costantemente in bilico fra salute e malattia, vita e morte, chiusura immunitaria ed apertura all'altro...»³.

È una sorta di paradosso: più è ridotta la mia immunità (che mi protegge dall'esterno e dall'altro) più mi è garantita la possibilità di vivere, man mano che l'altro è in me, più aumenta l'estraneità da me stesso e divento altro da me.

Il trapianto implica profonde trasformazioni della rappresentazione di sé e l'andamento di questo processo, come ci dice la letteratura, ha importanti ricadute per l'andamento del post-impianto. D'altra parte, noi "siamo" il nostro corpo e la rappresentazione mentale che ne abbiamo attinge in minima parte a contenuti oggettivi, prevalentemente affonda le sue radici nel nostro mondo immaginario e fantastico.

Nelle fasi arcaiche della mente, sia nella storia infantile che nella storia umana, compaiono rappresentazioni (animali o personaggi) in cui sono integrate parti differenti sia per origine che per appartenenza (La Chimera, la Sfinge, la Sirena) Queste sono figure mitiche, hanno una collocazione di confine (tra vita e morte, tra universo umano ed animale, tra maschile e femminile) e sono una sorta di rappresentazione dell'impensabile, del mostruoso e dello straordinario.

Abbiamo parlato della gravidanza (in particolare quella da ovodonazione) come di un trapianto: in parallelo l'innesto di un organo potrebbe essere rappresentato come una sorta di gravidanza. Proprio come nella gravidanza, l'organo non-self (il feto nella gravidanza) deve essere investito narcisisticamente ed assimilato alla immagine corporea, stabilendo un processo di identificazione profonda tra l'ospite e il donatore. Alcuni autori (Crombez e Lefebvre) parlano di *accorporazione*, termine che comprenderebbe entrambi i versanti dell'esperienza: l'incorporazione che esprime il passaggio somatico dall'esterno all'interno attraverso gli orifizi corporei; l'introiezione che costituisce una modalità di interiorizzazione sul piano mentale.

Se questo processo non avviene, il soggetto può continuare a sentire l'organo trapiantato come una protesi, come estraneo e, nei casi più estremi, come un persecutore.

Il processo di assimilazione è lungo e complesso, mette a contatto con il lutto per l'organo perduto e con le fantasie ed i vissuti nei confronti del donatore. L'organo trapiantato, infatti, non è un "pezzo di ricambio", non è inerte da un punto di vista psicologico (come non lo è biologicamente), ma comporta un ineludibile rapporto con il donatore.

Si possono attivare fantasie predatorie e sensi di colpa: ricevere un organo presuppone o una mutilazione (anche se volontaria) o la morte del donatore. L'espianto assume a volte, nella rappresentazione mentale, i contorni di un'uccisione.

L'immagine di Sé, quindi, può essere alterata da manifestazioni analoghe a quelle della "sindrome del sopravvissuto" proprie di persone sopravvissute a disastri o incidenti.

Alla base del trapianto c'è la *donazione* (che è un atto volontario, consapevole, gratuito ed anonimo) e il *sacrificio*. Donazione e Sacrificio fanno parte dei Grandi Temi e del corredo delle figure eroiche e del loro intervento nel mondo.

I processi di assimilazione, le mescolanze, l'appartenenza ed il riconoscimento hanno bisogno di essere sorretti da un apparato simbolico che tenga insieme e metta in comunicazione interno con esterno, reale e fantastico, conservando distinzione ed individualità.

L'adozione come trapianto

Allontaniamoci dal corpo, andiamo sul piano delle relazioni e degli affetti.

Una mamma adottiva nel tentativo di raccontare la sua storia ad un gruppo di aspiranti genitori adottivi ha detto "L'adozione è come un trapianto d'organo".

Apparentemente non c'entra il corpo: la vicenda adottiva, che vede l'intervento di

funzioni professionali ed istituzioni differenti, nasce come vicenda pubblica (è un Tribunale che la decreta). Affonda però le sue radici nel privato, in corpi sterili, ed al privato deve ritornare, a corpi che siano capaci di vicinanza ed intimità con l'altro/ l'estraneo.

Su quale registro possono incontrarsi una madre ed un figlio adottivo, privati entrambi dell'esperienza fisica della gravidanza (dell'essere contenuto in quella pancia, dell'aver contenuto *quel* bambino)? Come si gioca la presenza del padre (più "paritaria", in quanto per suo ruolo escluso sempre dalla fisicità della gravidanza)?

Nell'adozione, così come nei trapianti o per estensione anche nel processo terapeutico, non c'è una sostituzione del pezzo mancante o difettoso, non si ricrea ciò che non c'è stato né si cancella o modifica ciò che è stato ma si crea qualcosa di nuovo. Si tesse un nuovo intreccio con i fili di cui ognuno è portatore: ci si apre non solo a possibilità sconosciute ma anche a visioni diverse del conosciuto.

Il processo adottivo è un vero e proprio laboratorio di identità, che permette il passaggio da genitore adottivo a genitore e da figlio adottivo a figlio.

Questo processo, lo sappiamo, inizia ancor prima della nascita e della nascita adottiva, in un "prima" che comprende le fantasie (della madre, del padre, della coppia genitoriale) che hanno preceduto, permesso o impedito il concepimento, che hanno accompagnato la gravidanza o la presa d'atto di una sterilità, e poi indietro ancora ai nonni, ai miti familiari...

Nell'adozione si assiste ad un complesso e contraddittorio processo: da una parte è necessario che il bambino *altro/estraneo/straniero* diventi oggetto di investimento narcisistico da parte dei genitori, dall'altra nella loro mente l'immagine del bambino ideale deve via via lasciare il posto al bambino reale, portatore di somiglianze o diversità; ed ancora l'estraneo deve essere assimilato come appartenente, ma riconosciuto e valorizzato nella sua diversità...

L'acquisizione dell'identità infatti passa attraverso attaccamento e separazione, assimilazione, appartenenza e valorizzazione della differenza.

Identità significa anche consapevolezza di avere punti di riferimento stabili. Questo grazie anche all'ancoraggio alla cultura familiare, alla tradizione (come conoscenza e condivisione della storia, del codice linguistico ed affettivo, etc.).

Quando in questo processo di comunicazione c'è discontinuità (e questo è il caso dell'adozione o di quelle nascite particolari che non hanno storia) si crea una pericolosa frammentazione. Se al bambino/figlio non è possibile crearsi rappresentazioni verbali congrue (perché in riferimento ad avvenimenti sconosciuti, traumatici, o indicibili, insostenibili ed irrepresentabili per i genitori, quindi non assimilabili con una funzione di *rêverie*) si creano solo rappresentazioni sensoriali-motorie, si attivano meccanismi di scissione, isolamento dell'affetto e negazione (la seconda linea di Difese del Sé di cui parla *Kalsched*) che bloccano ogni creatività.

Utilizzando la metafora dell'adozione come trapianto, possiamo dire che si scatena una tempesta immunitaria.

C'è bisogno di una funzione di contatto, assicurata dalla possibilità del racconto, metaforica placenta. Non sono i documenti, le prove che hanno senso, ma le storie e la trama degli affetti che vi è sottesa. Attraverso il racconto, la formazione di una storia e di un lessico famigliari, è possibile la formazione di quel senso di appartenenza complementare alla formazione del senso di identità.

Questo ricorda gli studi fatti sulla formazione dell'identità del continente latino-americano: in una terra caratterizzata da un meticcio biologico e culturale (le popolazioni indie originarie, i conquistadores spagnoli, gli africani, gli immigrati), a livello culturale e storico l'acquisizione di una identità è passata attraverso l'unità linguistica e la capacità letteraria di raccontare e raccontarsi, oltre alla disponibilità e all'interesse ad ascoltare.

Se non c'è racconto, se non c'è elaborazione, c'è la stagnazione delle parole, dei sentimenti bloccati e non fluenti. Ed il pensiero va ancora all'America Latina, a Manuel Scorza, al tempo malato di Garabombo, che dà luogo ad una palude putrida dove avvenimenti ed emozioni, impossibilitati a scorrere, avvelenano con il loro fetore ogni forma di vita intorno.

L'immaginazione

C'è bisogno di un mito di riferimento, di una storia raccontata, da raccontarsi e da raccontare, dove elementi di realtà sfumino in rappresentazioni ed immagini fantastiche e dove le estraneità (degli organi e delle origini) possano riconoscersi e

*Nell'adozione si assiste ad un complesso e contraddittorio processo: da una parte è necessario che il bambino altro/estraneo/straniero diventi oggetto di investimento narcisistico da parte dei genitori, dall'altra nella loro mente l'immagine del bambino ideale deve via via lasciare il posto al bambino reale, portatore di somiglianze o diversità; ed ancora l'estraneo deve essere assimilato come appartenente, ma riconosciuto e valorizzato nella sua diversità...
L'acquisizione dell'identità infatti passa attraverso attaccamento e separazione, assimilazione, appartenenza e valorizzazione della differenza.*

in qualche modo legittimarsi come interpreti ed autori.

E dell'immaginazione, di questa attività poetica, fa parte il confronto con la morte (l'amputazione/perdita dell'organo o della famiglia d'origine o di una potenzialità generativa), il passaggio attraverso il dolore ed il lutto. Se non c'è la salma non si può fare il funerale e le figure morte e non seppellite non potranno mai trovare né dare pace.

Potremmo definire la vita mentale proprio come una continua costruzione di significati e la psicopatologia come uno smarrimento in questo senso: esiste infatti un'intima correlazione tra sentimento di identità e capacità di raccontarsi.

«... moltiplicare i punti di vista, farli incontrare e scontrare tra di loro. Usare tutte le facoltà immaginative di cui si può disporre... Attraversare il mito per raggiungere la concretezza del presente [...] per esistere, per avere la giusta consapevolezza di te, devi avere una storia che ti precede...».

*Psicoterapeuta, Analista. ASL Napoli 2 Nord

NOTE

1. Valerio Calzolaio, *La specie meticcias*, People editore, 2019.
2. Casciani C.U.e Zanasi M., *Le implicazioni psicologiche dei trapianti d'organo*
3. Moroncini B., *Hoc est enim Corpus meum in Ospitare l'Intruso*, *Psicoanalisi e Metodo* II\2002, p.39

BIBLIOGRAFIA

- Calzolaio V., *La specie meticcias*, People editore, 2019
Casciani C.U.e Zanasi M., *Le implicazioni psicologiche dei trapianti d'organo*, <https://www.treccani.it/enciclopedia/>
Cyrulnik B., *Il Dolore Meraviglioso*, Frassinelli 2000
Cyrulnik B., *Autobiografia di uno spaventapasseri*, Cortina 2009
Consoni E., *TRA SOMA E PSICHE: la poliedrica problematica dei trapianti d'organo*, 2004 *Psicoanalisi e Scienza*
Cutrufelli M.R., *L'isola delle madri*, Mondadori 2020
D'Arrigo M e Cavalleri P., *Diventare famiglia. L'esperienza adottiva*, CdG Pavia 2003
D'Arrigo M., *Se i bambini non arrivano, l'esperienza della sterilità*, Liguori Napoli 2008
D'Arrigo M. e Sansone S., *La famiglia nello sguardo dei bambini*, Mediserve, Milano Napoli 2012
Demetrio D. (a cura di), *L'educatore auto(bio)grafo*, Unicopli 1999
Kalsched D. *Il mondo interiore del trauma*, Moretti e Vitali, Bergamo 2001
Lastrico G. e coll., *Sul vissuto del trapianto cardiaco*, Minerva Psichiatrica 1994
Lucariello S. (a cura), *Portato da una cometa. Il viaggio dell'adozione*, Guida, Napoli 2008
Maffei G., *Introduzione a Ospitare l'intruso. I trapianti d'organo*. Atti del convegno Lucca 2001, *Psicoanalisi e metodo* 11\2002
Moroncini B., *Hoc est enim Corpus meum* in *Ospitare l'Intruso*, *Psicoanalisi e Metodo* II\2002
Scorza Manuel, *Garabombo*, Feltrinelli



The myth of Metis: the hybridization of bodies and affections

The article is about the myth of Metis, the metaphor of contamination between assimilation and rejection. It deals with adjustment and adaptations in the body and in such complex affective relationships as might be enhanced in adoptive families, to represent unthinkable and unimaginable landscapes which technical advancement has made possible

KEY WORDS: contamination, creativity, worlds

link
■ emozioni



Nostalgia: risorsa esistenziale. Percorso temporale degli affetti tra passato e presente

Nostalgia: an existential resource. A journey of affections in time between past and present

MARIANNINA AMATO*

La nostalgia è un sentimento positivo inteso come risorsa esistenziale cui attingere nei momenti di stallo emotivo. Consente il recupero della spinta creativa interiore acquisita nell'infanzia e da tempo sopita, integra le esperienze vissute in una dimensione temporale risintonizzando la persona nel presente e promuovendo il cambiamento.

PAROLE CHIAVE: nostalgia, spinta creativa, cambiamento

«Se vuoi costruire una nave, non radunare uomini per raccogliere legna e distribuire compiti, ma insegna loro la nostalgia del mare ampio e infinito» [Antoine de Saint Exupéry, *Il Piccolo Principe*]

Definizione epistemologica ed aspetti antropologici

Il termine nostalgia nasce dalla combinazione delle due parole greche *nostos* (viaggio) e *algos* (dolore), e corrisponde al dolore del viaggiatore che, lontano dalla sua terra, la rimpiange e desidera ritornare. Un nostalgico viaggiatore della antica Grecia è Ulisse che lotta per tornare ai suoi affetti e intraprende il viaggio del ritorno, il viaggio della vita. Nel 1688 J. Hofer nella *Dissertatio medica de nostalgia* inserisce per la prima volta il termine 'nostalgia' per indicare il cambiamento fisico e psicologico, con problematiche di inappetenza e depressione, dei soldati mercenari svizzeri i quali, lontani dalla propria patria, prestavano servizio mercenario nell'esercito francese. Tale malessere (*mal dupays*) portava a morte certa e nessun intervento medico era in grado di ridare forza e salute ai soldati. Questo malessere, nel tempo, venne associato alla malattia coloniale definita *Mal d'Africa*: il soldato riacquistava la salute persa con la semplice promessa di poter ritornare a casa. A fine Ottocento Charles Baudelaire amplia il concetto riferendolo ad un anelito personale indefinito, mentre Svetlana Boym, nel suo *Ipocondria del cuore: nostalgia, storia e memoria*, afferma che nei salotti per bene il termine nostalgia viene identificato nella «commemorazione rituale della giovinezza perduta, delle primavere perdute, delle danze perdute, delle occasioni perdute...» fino a concretizzarsi in uno stile nuovo che celebra il senso della perdita. Renos K. Papadopoulos, in *Rifugiati e trauma psicologico*, collega questo sentimento alla perdita della amata patria e del proprio paese: le condizioni di emigrazione, di rifugio, di esilio e di lontananza dalla propria casa contribuiscono al senso di sradicamento¹ e disorientamento, che non è solo legato all'aspetto materiale. La dimensione della perdita si estende a tutti i tipi di rapporti personali, riguarda se stesso, gli altri, l'ambiente sociale, e produce una esperienza dolorosa, quasi struggente, che conduce ad un malessere fisico e psichico. La De Micco allarga tale concetto nel suo testo *Le culture della salute - immigrazione e sanità*, un approccio transculturale e osserva che la nostalgia comprende un determinato stato fisico del

soggetto che può essere curato solo «da mutamenti sul piano delle condizioni di vita» e può essere risolto «attraverso strumenti antropologici che consentono una visione ed un'integrazione più profonda dell'individuo nell'ambiente in cui vive e opera». L'antropologo ed etnopsichiatra Roberto Beneduce conferma che «Se prima del viaggio si erano costruiti progetti e speranze ed erano state tracciate le premesse di una nuova autonomia, dopo qualche tempo, quando i problemi incontrati nei paesi ospiti hanno finito con l'estenuare questa carica progettuale e i bisogni affettivi si sono resi insopprimibili, può accadere al migrante di sentire il proprio progetto esistenziale spezzarsi. Egli può avvertire intorno a sé forze più grandi che lo spingono alla deriva fino a fargli marcare i riferimenti più concreti e irrinunciabili»². Il dizionario Treccani definisce ulteriormente il concetto di nostalgia come quel «desiderio acuto di tornare a vivere in un luogo che è stato di soggiorno abituale e che ora è lontano»; fa riferimento a uno stato d'animo melanconico, causato dal desiderio di persona lontana (o non più in vita) o di cosa non più posseduta, dal rimpianto di condizioni ormai passate e comunque di uno stato diverso e lontano dall'attuale.

Dal percorso antropologico a quello esistenziale

In questo breve excursus sull'etimologia del termine 'nostalgia' si constata l'estensione della sua definizione: il termine per molto tempo si confonde con la tristezza e fa riferimento ad un malessere fisico-mentale, più orientato verso la psicopatologia con il senso di perdita e pessimismo cosmico³, sino ad ampliarsi su valori antropologici collegati a movimenti o spostamenti di una comunità sociale da un paese all'altro, vedi l'emigrazione o l'esilio, e che attualmente sconfinava nel viaggio esistenziale dell'individuo e nell'attribuzione di senso e significato alla vita.

Ma la nostalgia cosa rappresenta realmente? È uno stato d'animo caratterizzato da un processo emotivo abbastanza complesso, a doppia dimensione: da una parte la malinconia nei confronti del passato e dall'altra una profonda inquietudine di vivere il presente. L'esistenza dell'uomo inquieto interiormente e legato mentalmente ad un vissuto idilliaco del passato richiede di rispondere in modo chiaro alle due domande antitetiche di seguito formulate:

1. bisogna cogliere ed assecondare questo sentimento? E, rifugiandosi in esso, vivere nella dimensione del passato?
2. o è bene ignorarlo e negarlo? continuando a svolgere le attività nel presente, dimenticando il passato e pensando al futuro?

Queste domande trovano risposta nell'espansione del significato della parola 'nostalgia'. La nostalgia colora di inquietudine il vissuto attuale mentre la mente del soggetto ritorna all'immagine di un'esperienza vissuta nel passato, che continua ad esistere attraverso i ricordi: un'immagine resa positiva, filtrata ed edulcorata dalla memoria, un'immagine immateriale e sospesa nel tempo che pone dinanzi agli occhi del soggetto la sua non presenza o mancanza nella realtà, che sospende lo stato emotivo dell'individuo nel tempo. La dimensione del tempo è dunque una messa a confronto tra il tempo presente, *hic et nunc*, il qui ed ora dello stato di coscienza, e il tempo vissuto, riattualizzato dall'immagine in memoria, che produce il desiderio di rivivere quella stessa emozione che ha soddisfatto lo stato di piacere.

Il meccanismo del ricordo

Il ricordo riattualizza il vissuto del passato immagazzinato a suo tempo dalla mente in modo idilliaco, lavandolo da ogni dolore o sentimento negativo. L'immagine filtrata acquista forza e potere, assume una doppia funzione: consolatoria, con la certezza di aver vissuto momenti felici, e riconciliante con sé stesso, in quanto riporta il soggetto all'irreversibilità del tempo, ad essere consapevole di non poter ritornare indietro. Il ricordo rivitalizza il processo dinamico che orienta il soggetto verso una dimensione spazio-temporale, collocandolo in un particolare momento della sua vita, proprio in quei luoghi, affetti o oggetti a lui cari in memoria. Il ricordo diventa il traghetto tra ciò che il soggetto è nel presente e ciò che era nel passato. Il ricordo fa da spola tra passato e presente, e spinge il soggetto a trovare il suo benessere conciliandosi, nel presente, con se stesso e ridefinendo le proprie aspettative, e nel contempo, a reimpostare la propria vita futura sul senso di una coerenza significativa. Nel soggetto si verifica una mobilità interna che lo spinge a ricontestualizzare se stesso nel presente, inglobando il vissuto del passato secondo le coordinate spazio-temporali, a ridefinire la propria narrativa di vita, in modo coerente e continuo,

il termine "nostalgia" per molto tempo si confonde con la tristezza e fa riferimento ad un malessere fisico-mentale, più orientato verso la psicopatologia con il senso di perdita e pessimismo cosmico, sino ad ampliarsi su valori antropologici collegati a movimenti o spostamenti di una comunità sociale da un paese all'altro, vedi l'emigrazione o l'esilio, e che attualmente sconfinava nel viaggio esistenziale dell'individuo e nell'attribuzione di senso e significato alla vita.

Vi sono nella nostalgia aspetti positivi che vanno oltre la dimensione della tristezza e del rimpianto, aspetti che garantiscono all'individuo un inquadramento della propria vita su una dimensione temporale, una prospettiva psicologica che normalizza e genera benessere soprattutto nei momenti difficili e nei passaggi da una fase all'altra dell'esistenza.

potenziando il sentimento d'identità personale. La memoria, così, lega la persona a quell'evento affettivo della propria vita e basta una nota musicale, un oggetto, una foto per evocare emozioni e ricordi ed attivare, conseguentemente, i sentimenti di unità, di senso e continuità della propria esistenza, di integrità personale.

Processo esistenziale

La nostalgia riporta il soggetto allo spazio lineare degli affetti vitali, vissuti nel tempo, ed offre la possibilità di integrarli e risintonizzarli nel presente. Un soggetto in divenire ed in continua modificazione, legato ai luoghi dell'infanzia, alla terra, al linguaggio della madre, " 'a parrata da' mamma"⁴, a quella lingua corporale, sonorizzata e ritmica che rende il dialetto musicale, e giunge nel presente ricercando quel sentimento di gioia ed entusiasmo che un tempo apparteneva alla persona, sentimento che risulta, ora, sopito dentro di sé. La nostalgia⁵ spinge alla scoperta dell'energia silente, dona voglia di vivere e slancio per il futuro, riporta il soggetto verso il luogo d'origine, paese immutato della propria infanzia, agli affetti vitali, lasciati lì in memoria come àncora di salvezza nei momenti bui. E' un uscire da sé, mettersi in viaggio per fare ritorno verso la casa natia, ed abbandonarsi al flusso evocativo, per sentirsi al sicuro negli affetti già vissuti. Si colgono allora nella nostalgia aspetti positivi che vanno oltre la dimensione della tristezza e del rimpianto, aspetti che garantiscono all'individuo un inquadramento della propria vita su una dimensione temporale, una prospettiva psicologica che normalizza e genera benessere soprattutto nei momenti difficili e nei passaggi da una fase all'altra dell'esistenza. Kaplan afferma che tale processo permette la conservazione e il riconoscimento di frammenti del bambino amato e coccolato nella prima infanzia nella persona del presente, collocando informazioni autobiografiche che alleviano i sentimenti di perdita, incrementano l'autostima, il senso di sicurezza e di protezione, e riducono i rischi dell'insorgere di sentimenti negativi come ansia, depressione e senso di morte. La nostalgia, quindi, rompe l'inerzia psicologica nella quale cade il soggetto, lo smuove, agendo sulle abitudini consolidate; induce il soggetto a modificare il mondo esterno adattandosi ad esso, e mantenendo, nello stesso tempo, l'equilibrio interiore dato dal senso di coesione del proprio sé con la definizione del percorso vissuto. E' questo percorso che permette di integrare i momenti felici della propria esistenza restituendone il significato profondo: esso rappresenta la storia emotiva del soggetto, un essere amorevole la cui vita risulta degna di essere vissuta.

Valutazione cognitiva e percettiva della nostalgia

T. R. Michelle e L. Thompson, nel loro lavoro *La teoria dell'aggiustamento temporale nella valutazione degli eventi* sottolineano l'esistenza di una correlazione di aspetti cognitivi e percettivi legati alla nostalgia. Le persone sono soggette all'effetto visione rosea del passato (*rosy retrospection*), e tendono a valutare positivamente i vissuti del passato rispetto a quelli che stanno vivendo nel presente. Il fenomeno si posiziona sopra la linea dell'aggiustamento temporale e comporta il potenziamento di valore in quel particolare momento temporale con l'aumento percettivo della propria autostima e del senso di benessere. Altri fenomeni cognitivi intervengono sulla valutazione del ricordo negativo: l'effetto sbiadimento (*fading affect bias*) e l'effetto distorsione (*source confusion*). La nostalgia libera dai ricordi negativi e offre un percorso sensato carico di esperienze ed emozioni valutate positive.

Sperimentazione ed evidenza

Si riportano una serie di sperimentazioni condotte da Rutledge e collaboratori (2002-2011) su gruppi di volontari:

1. uno studio è incentrato sull'ascolto di canzoni o musiche che sollecitano i sentimenti nostalgici con richiami di significato esistenziale e di particolari atmosfere di intimità e momenti felici legati all'infanzia. Nei soggetti del gruppo di controllo aumentava la sensazione di essere amati e sostenuti da persone per loro significative,
2. uno studio è incentrato su due gruppi di volontari: uno lavora concentrandosi per qualche minuto su problematiche esistenziali, l'altro si concentra sulla lettura di un brano al computer. La valutazione del livello di nostalgia è maggiore nel gruppo che ha lavorato sulle problematiche esistenziali, confermando il ruolo protettivo di tale sentimento che offre significato nelle situazioni di solitudine, noia e ansia che minano il senso dell'esistenza personale.
3. in questo studio viene offerta una stimolazione sul significato e valore della vita

a persone che hanno una scarsa percezione del senso della vita. La nostalgia assume una funzione positiva in quanto risulta essere fonte di benessere personale

4. un altro studio è incentrato su due gruppi: nel primo gruppo le persone si concentrano sulla capacità di parlare in pubblico, nell'altro a svolgere dei calcoli matematici. La nostalgia modera l'impatto stressante del compito e funziona proteggendo il soggetto dallo stress rispetto a coloro che hanno una bassa percezione del significato esistenziale della vita. Le persone con tendenza ad attribuire poco significato all'esistenza si mostravano più provate dal compito stressante.

In sintesi Routledge concettualizzando i risultati rileva che il sentimento della nostalgia è una risorsa psicologica che soddisfa diverse funzioni:

- esistenziale, che orienta e sostiene il soggetto nei momenti di crisi attribuendo un significato più ampio al concetto di senso della vita;
- protettiva contro stimoli che minano con sentimenti negativi (ansia, depressione, morte) o stress il benessere del soggetto;
- interpersonale, che sostiene il soggetto verso l'interazione con l'altro;
- rafforza il benessere e disinnesca la pericolosità degli stimoli, favorisce il benessere personale orientando scelte e decisioni.

La reazione positiva dei volontari agli esperimenti, secondo Sedikides, conferma che i soggetti nostalgici connettono i pezzi del passato attribuendo all'esperienza un percorso emotivo significativo tale da favorire il raggiungimento di uno stato di serenità. La nostalgia, così definita, acquista un effetto terapeutico sulla salute mentale della persona in quanto riflette ed integra l'esistenza dello stesso soggetto. Quattro i passaggi che sviluppano questa capacità riflessiva- integrativa e sollecitano la coerenza dell'esistenza personale:

1. Evocare e suscitare l'emozione, accogliere i ricordi del passato rispettandoli anche se entrano in conflitto con altri ricordi, e relativizzare gli eventi usando l'indulgenza, la gratitudine ed il senso dell'umorismo;

2. Lasciarsi ispirare dalle sensazioni e idee che la nostalgia porta con sé per aumentare flessibilità e creatività, e soddisfare al meglio i bisogni e i desideri attuali;

3. Essere consapevole di vivere nel qui ed ora, di ciò che si fa e si prova. Vivere con pienezza e nel benessere;

4. Accettare la nostalgia in modo sereno, consapevoli che i ricordi e le memorie vanno rispettati e sono le basi per vivere il presente e costruire il futuro.

La nostalgia, in conclusione, lungi dall'essere una malattia, si presenta piuttosto come una risorsa da sollecitare per vivere meglio il quotidiano e promuovere il percorso di cambiamento esistenziale.

*Psicologa e psicoterapeuta. CSM dell'ASP-CZ. ASPIC practitioner EMDR, 3D Therapy

NOTE

1. Frigorifero, Castelnuovo, Delia, Riso, Michele "A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale", 1982, Einaudi, Torino
2. Beneduce R., "Frontiere dell'identità e della memoria", 1998, Franco Angeli, Milano
3. Borsa E., "La nostalgia ferita",
4. Amato M. "A parata da mamma", 2021, Graficheditore, Lamezia Terme
5. Prete A., "Nostalgia- storia di un sentimento", 2018, Raffaello Cortina Editore, Milano 2018, Einaudi Editore, Torino

BIBLIOGRAFIA

- Amato M. "A parata da mamma", 2021, Graficheditore, Lamezia Terme
- Beneduce R., "Frontiere dell'identità e della memoria", 1998, Franco Angeli, Milano
- Borsa E., "La nostalgia ferita", 2018, Einaudi Editore, Torino
- De Micco V., "Le culture della salute - immigrazione e sanità", 2001, Angeli, Milano
- Boym S., "Ipocondria del cuore: nostalgia, storia e memoria", in Nostalgia. Saggi sul rimpianto del Comunismo, 2003, Mondadori, Milano
- Frigorifero, Castelnuovo, Delia, Riso, Michele "A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale", 1982, Einaudi, Torino
- Papadopoulos R. K., "Refugees and psychological trauma", ISPP (International Series of Psychosocial Perspectives), 2006
- Prete A., "Nostalgia - storia di un sentimento", 2018, Raffaello Cortina, Milano



Nostalgia: an existential resource. A journey of affections between past and present

Nostalgia is a positive feeling when intended as an existential resource to be tapped into in moments of emotional stalemate. It allows the recovery of the inner creative drive acquired in childhood and dormant for some time, it integrates the experiences lived in a past temporal dimension and reconciles the person to the present, thus promoting change.

KEY WORDS: nostalgia, creative drive, change





Picasso e l'atrocità della guerra

Picasso eand the atrocities of war

Il grande spagnolo è riuscito da solo a costruire entrambe le icone universali della ripugnanza verso la guerra (Guernica) e della celebrazione della pace (le diverse versioni della colomba della pace). Due immagini che sono ancora oggi i simboli della guerra e della pace per tutti i popoli del mondo

ROSA DE ROSA

PAROLE CHIAVE: guerra, Picasso, Guernica

Pablo Picasso, *Guernica*, 1937, Madrid, Centro de Arte Reina Sofia

Il 26 aprile del 1937 la cittadina basca di Guernica viene bombardata dagli aerei tedeschi della Legione Condor, inviati da Hitler in appoggio all'armata franchista. Il bombardamento di Guernica, l'aggressione a una comunità indifesa, suscita indignazione e desta un ampio movimento internazionale di protesta. Picasso, che stava lavorando, su richiesta del governo repubblicano a un'opera per il Padiglione spagnolo all'Esposizione Universale di Parigi, prevista per il mese di luglio, decide di realizzare una grande composizione (354 centimetri x 782) da cui, in segno di lutto, eliminerà i colori, lasciando al bianco, al nero e al grigio il compito di trasmettere l'atrocità fisica e morale dell'evento.

Nasce così, in un tempo relativamente breve, *Guernica*, aperta e violenta denuncia contro la guerra, una delle opere d'arte più celebri al mondo. Per quanto sia un'opera destinata al grande pubblico e pur avendo come fulcro bene evidente il dramma della guerra, il quadro va molto oltre la documentazione di un evento,

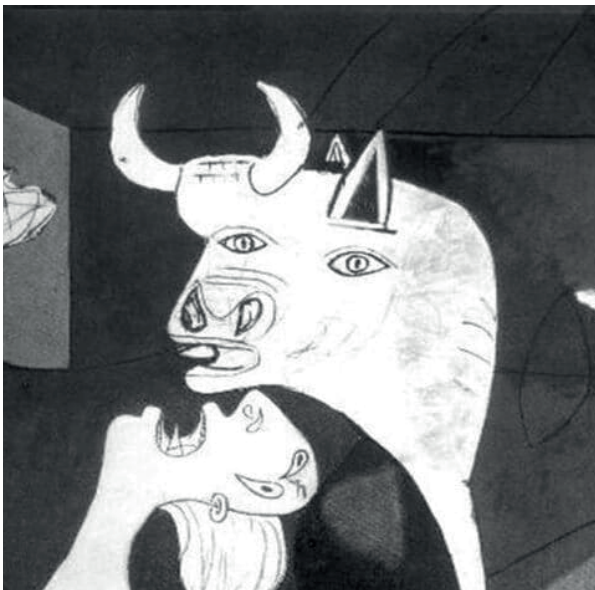


è in realtà un mosaico complesso di figure e significati, la cui universalità può essere compresa approfondendone dettagliatamente la struttura.

Ma la ragione principale che ci spinge a guardarla ancora oggi è la sua eccezionale innovazione semantica rispetto alla raffigurazione della guerra. Infatti, fin dall'antichità, che voi guardiate la *Colonna Traiana* o *La battaglia di Lepanto* o le innumerevoli altre rappresentazioni della guerra, troverete che i personaggi raffigurati, così come i fruitori, appartengono esclusivamente alla classe militare. Si può dire che prima di Picasso – forse con l'unica eccezione di Goya (*Le fucilazioni del 3 maggio 1808*) – nei quadri “di guerra” la gente comune non c'è. Invece i protagonisti di *Guernica* sono, esattamente come oggi, i civili. La tecnica cubista, con le sue dissezioni prospettiche, è particolarmente adatta al tema. Donne, bambini, animali e oggetti sono scomposti e brutalmente sezionati e occupano lo spazio con i corpi e con i gesti: bocche aperte in grida di dolore, corpi contorti, sguardi di terrore e di pietà, immobilità della morte.

La carneficina coglie ognuno di sorpresa. Assistiamo da sinistra a destra¹ della tela al lutto di una madre che ha perduto il figlio e che ne tiene il corpo tra le braccia, all'apprensione e al terrore di due donne, una in fuga, in primo piano, che cerca di porsi in salvo uscendo dalla casa incendiata; l'altra, in alto, che irrompe da destra con un lunghissimo braccio teso che tiene un lume. Sulla destra un'altra donna alza le braccia verso il cielo, ultimo inutile atto di disperazione.

Anche gli animali condividono con gli uomini il destino di morte. Ecco la ferocità dell'imponente toro ed ecco il nitrito disperato del cavallo e lo strazio della colomba seminasosta nel buio. Destati anch'essi dalle esplosioni, gli animali emergono dalla tela come simboli: lo stesso Picasso dichiarò in una intervista





che: «Sì, il toro rappresenta la brutalità e questo cavallo il popolo spagnolo». In alto, una lampada accesa è l'unica fonte di luce e di calore. A terra giace il corpo senza vita di un soldato con lo sguardo vitreo, il volto atteggiato a un'immobile espressione di orrore: è l'unico personaggio di sesso maschile visibile nel quadro.

La grande tela fu acquistata dalla Repubblica spagnola per 150.000 franchi. Ma la guerra civile vinta dai Franchisti la portò in esilio negli Stati Uniti dove fu esposta (1939) nella retrospettiva dedicata a Picasso. Allo scoppio della guerra mondiale, l'opera rimase in deposito al Museum of Modern Art di New York. Per volontà di Picasso doveva trattarsi solo di un prestito: «Guernica apparteneva allo Stato spagnolo e doveva tornare in Spagna quando il paese avesse ritrovato la libertà democratica». La tela e i disegni preparatori furono esposti a Madrid, dopo una lunga battaglia legale con gli eredi di Picasso e con il Museo americano solo nel 1981, al Cason del Buen Retiro, un distaccamento del Museo del Prado, e, dal settembre del 1992, al Centro Reina Sofia².

Guernica è la denuncia consapevole di un evento tragico che va oltre la cronaca, che diventa politica, è un manifesto universale contro la cieca forza della guerra, un'amara riflessione sul dolore inevitabilmente associato al potere.

Afferma Picasso: «No, la pittura non è fatta per decorare gli appartamenti. È uno strumento di guerra offensivo e difensivo contro il nemico».

E in questo tempo in cui la guerra è di nuovo vicina a noi entrando come un incubo nella nostra vita, *Guernica* sta parlando anche a noi.

NOTE

1. Nel padiglione della Repubblica Spagnola all'Esposizione internazionale di Parigi l'opera era malamente esposta con il lato destro vicino all'entrata della stanza. Perciò tradizionalmente viene letta da destra a sinistra.

2. Non va dimenticato che il quadro è stato a lungo al centro di polemiche, come molte delle creazioni di Picasso. Le obiezioni riguardavano i tempi troppo brevi dell'esecuzione, il significato simbolico di alcune figure, la iuta grezza usata come substrato al posto della tela, oltre a questioni propriamente stilistiche.

Picasso and the atrocities of war

The great Spaniard managed on his own to build both universal icons of repugnance for war (*Guernica*) and the celebration of peace (the different versions of the dove of peace). Two images that are still today the symbols of war and peace for all the peoples of the world.

KEY WORDS: war, Picasso, Guernica

Link
CONVEGNI
CONGRESSI

Link CONVEGNI CONGRESSI

06 Novembre 2022
09 Novembre 2022

9th World Congress on Women's
Mental Health: Determination
& Solidarity International
Association for Women's Mental
Health (IAWMH)
Netherlands
Maastricht

14 Novembre 2022
14 Novembre 2022

Resilient mental health in the
EU
High level international
conference under the auspices
of the Czech Presidency of the
Council of the EU
Belgium
Brussels

06 Novembre 2022
18 Novembre 2022

COP27 - The Sharm El-Sheikh
Climate Implementation Summit
Egypt
Sharm El-Sheikh

22 Novembre 2022
22 Novembre 2022

EFPA Project Group e-Health
: From theory to practice -
how can you make use of the
potential of technology for
psychology?
Lithuania
Vilnius (hybrid)

09 Novembre 2022
10 Novembre 2022

2022 PSI Annual Conference
Psychological Society of Ireland
(PSI)
Ireland
Portlaoise

01 Dicembre 2022
02 Dicembre 2022

8th reward management
conference: Rewards in
turbulent times
Vlerick Business School Brussels
Belgium
Brussels

11 Novembre 2022
12 Novembre 2022

EACLIPT 2022 Conference:
Clinical psychology now!
European Association of Clinical
Psychology and Psychological
Treatment (EACLIPT)
Poland
Warsaw

09 Marzo 2023
11 Marzo 2023

ICPS2023: APS's International
Convention of Psychological
Science
Association for Psychological
Science (APS)
Belgium
Brussels

Link CONVEGNI CONGRESSI

22 Maggio 2023
25 Maggio 2023

17th Annual International
Conference on Psychology
Athens Institute for Education
and Research (ATINER)
Greece
Athens

24 Maggio 2023
27 Maggio 2023

The 21st EAWOP Congress : 'The
future is now: the changing world
of work'
European Association of Work
and Organizational Psychology
(EAWOP)
Poland
Katowice

14 Giugno 2023
17 JGiugno 2023

Belfast ESTSS 2023 conference -
17th biennial conference of the
European Society for Traumatic
Stress Studies
European Society for Traumatic
Stress Studies (ESTSS)
Ireland
Belfast

26 Giugno 2023
30 Giugno 2023

21st World Congress of
Psychophysiology IOP2023 -
Extended Submission Deadline
Geneva

09 Luglio 2023
12 Luglio 2023

16th Conference of the European
Association of Psychological
Assessment (ECPA16)
European Association of
Psychological Assessment (ECPA)
Poland
Warsaw

23 Agosto 2023
26 Agosto 2023

17th International Congress of
Behavioral Medicine. From Local
to Global: Behavior, Climate and
Health
International Society of
Behavioral Medicine (ISBM)
Canada
Vancouver

27 Settembre 2023
29 Settembre 2023

8th Scientific Meeting of FESN &
2nd Panhellenic Conference on
Neuropsychology
Federation of European Societies
of Neuropsychology (FESN)
Greece
Thessaloniki

link

RIVISTA SCIENTIFICA
DI PSICOLOGIA

