phenomenajournal

Pubblicato: luglio 2021
doi: 10.32069/pj.2021.2.122

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Adolescenti autistici ad alto funzionamento: un'ipotesi di studio sull'efficacia del trattamento integrato per il disturbo ossessivo compulsivo

Valentina Bellomo[1]

[1] SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Trapani, Italy

Citation
Bellomo V. (2021). Adolescenti autistici ad alto funzionamento: un'ipotesi di studio sull'efficacia del trattamento integrato per il disturbo ossessivo compulsivo
Phenomena Journal, 3, 10-22.
https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.122

Direttore scientifico
Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico
Valeria Cioffi

Journal manager
Enrico Moretto

Contatta l'autore
Valentina Bellomo
vbello82@gmail.com

Ricevuto: *3 maggio 2021*
Accettato: *12 luglio 2021*
Pubblicato: *13 luglio 2021*

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

ABSTRACT

Several studies have demonstrated the effectiveness of the integrated treatment of obsessive compulsive disorders in neurotypical subjects. This type of treatment consists of using different theoretical and methodological approaches which, together, aim to promote a trans-theoretical model of change in subjects with OCD, a model in which it is important to highlight the steps from beliefs (I must) to attitudes (I want to) to strategic intentions (I can) and from intentions to actions (I act). The integrated treatment, therefore, proposes to use a wide range of different approaches, that together, may succeed in signifying and treating the complexity of the DOC. Among the aforementioned approaches we consider:
- **The Humanistic-Existential Approach** (essential for creating an empathic relationship with the patient based on unconditional acceptance and self-disclosure);
- **Ellis's Cognitive-Rationalist Approach** (ABC Model) and / or the Cognitive-Constructivist Approach (facilitation awareness of dysfunctional cognitive schemes and the restructuring of these for the management of anxiety and the activation of adaptive behaviors);
- **The Integrated Gestalt Approach** (awareness of the emotional-affective need that underlies the symptom).
The article in question therefore proposes to reflect on the possible effectiveness the aforementioned integrated treatment may have with regard to both Axis I and Axis II DOCs of the DSM-V in adolescent subjects and / or young adults, affected in turn by a high functioning autistic spectrum disorder; specifically, it is proposed to implement this reflection in relation to the specific analysis of the clinical case of a boy with a diagnosis of high-functioning Autism Spectrum Disorder attending a Day Center for Autism. Finally, we also propose to consider the possibility of adapting this type of integrated treatment to those principles and scientific tools of **applied behaviour analysis in autism.**

KEYWORDS
Obsessive Compulsive Disorder, High Functioning Autism, Integrated Treatment.

ABSTRACT IN ITALIANO

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia del Trattamento Integrato dei Disturbi Ossessivi Compulsivi in Soggetti Normotipici. Tale tipologia di Trattamento consiste nell'utilizzare Approcci Teorici e Metodologici differenti che, insieme, hanno come obiettivo quello di promuovere un Modello Transteorico del Cambiamento in Soggetti con DOC, modello in cui è importante evidenziare i passaggi dalle convinzioni (devo) agli atteggiamenti (voglio) alle intenzioni strategiche (posso) e dalle intenzioni alle azioni (agisco). Il Trattamento Integrato, dunque, si propone di utilizzare una molteplicità di Approcci Differenti che, insieme, possano riuscire a significare e a trattare la complessità dei DOC. Tra i suddetti Approcci si considerano:
- **L'Approccio Umanistico-Esistenziale** (fondamentale per la creazione di una relazione empatica con il paziente basata sull'accettazione incondizionata e l'auto-svelamento);
- **L'Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis** (Modello ABC) e/o L'Approccio Cognitivo-Costruttivista (facilitazione della consapevolezza degli schemi cognitivi disfunzionali e la ristrutturazione di questi per la gestione dell'ansia e l'attivazione di comportamenti adattivi);
- **L'Approccio Gestaltico Integrato** (consapevolezza del bisogno emotivo-affettivo che sta alla base del sintomo).
L'Articolo in questione si propone, dunque, di effettuare una riflessione in merito all'eventuale efficacia che il suddetto Trattamento Integrato possa avere anche nei confronti dei DOC sia di Asse I che di Asse II del DSM-V in Soggetti Adolescenti e/o Giovani Adulti affetti, a loro volta, da un Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento; nello specifico, ci si propone di attuare tale riflessione in relazione all'analisi specifica del caso clinico di un ragazzo con Diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento frequentante un Centro Diurno per l'Autismo. Infine, ci si propone di considerare, inoltre, la possibilità di adattare tale Tipologia di Trattamento Integrato a quelli che sono i Principi e gli Strumenti Scientifici dell'**Analisi Applicata del Comportamento nell'Autismo**.

PAROLE CHIAVE
Disturbo Ossessivo Compulsivo, Autismo ad Alto Funzionamento, Trattamento Integrato.

1. Introduzione

Il suddetto articolo nasce in relazione a quella che è l'esperienza professionale quotidiana presso un Centro Diurno per l'Autismo; esperienza che, spesso, ha portato a constatare in alcuni ragazzi con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento anche la presenza di una comorbidità con tipologie di Disturbi Ossessivi Compulsivi sia di Asse I che di Asse II.
In particolare, vi è stata la possibilità di interfacciarsi, ultimamente, con il caso specifico di un utente del Centro Diurno che, per motivi di privacy, chiameremo A.; questo è un giovane adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento che, negli ultimi mesi, sembra manifestare anche una sintomatologia tipica di un Disturbo Ossessivo Compulsivo.
Tale situazione ha generato una spinta, dunque, sia all'interno della pratica clinica quotidiana che all'interno di questo articolo, a compiere una ulteriore riflessione in merito all'efficacia che potrebbe avere una tipologia di trattamento integrato nei confronti di un DOC sia di Asse I che di Asse II del DSM-V in soggetti adolescenti e/o giovani adulti con Disturbi dello Spettro Autistico ad Altro Funzionamento, visto che diversi studi scientifici hanno dimostrato l'efficacia del Trattamento Integrato dei Disturbi Ossessivi Compulsivi in Soggetti Normotipici.
Un articolo di Gianni Francesetti presenta una lettura del Disturbo Ossessivo-Compulsivo a partire dalla teoria della Psicoterapia della Gestalt, dalla Psicologia della Gestalt e dalla Fenomenologia Psichiatrica; all'interno del suddetto articolo, alla luce della Teoria Gestaltica della Percezione, viene evidenziato che il sintomo ossessivo-compulsivo può essere considerato come un "adattamento creativo" in grado di proteggere il paziente da sofferenze più gravi, all'interno di una situazione in cui lo sfondo sensoriale-corporeo è intriso di terrore. In relazione a quanto espresso, dunque, Francesetti evidenzia la difficoltà del trattamento terapeutico con questi pazienti in relazione sia ai loro vissuti relativi all'esperienza dello spazio e del tempo, sia in relazione al rapporto tra dettaglio e insieme, sia in base alla percezione che questi hanno del confine-contatto con il mondo interno ed esterno e, inoltre, relativamente alla materialità. Al tempo stesso, però, l'autore evidenzia l'efficacia di un trattamento integrato con i DOC, malgrado l'incertezza degli esiti terapeutici a lungo termine; Francesetti, infatti, indica alcuni temi e passaggi importanti che tendono a sostenere il terapeuta nel processo di cura di questi disturbi e che possono contribuire a determinare un esito positivo della terapia. L'autore afferma che ciò di cui bisogna tener conto, principalmente, nel lavoro di cura riguarda proprio l'**Atteggiamento del Terapeuta** che dovrebbe essere in grado di sentire, fino in fondo, il campo emergente nella seduta e, dunque, riuscire a stare con i cinque livelli dell'esperienza nel "qui ed ora" della relazione al confine-contatto con il paziente. Quanto appena espresso, rappresenta il margine del "cambiamento", in quanto, il terapeuta "ascoltandosi ed essendo pienamente presente" tende a modulare, a sua volta, la propria presenza invece di tentare di cambiare il paziente; ciò tende a trasformare il "campo co-creato" ed emerge, così, un'esperienza nuova e, dunque, una "nuova memoria". Infine, France-

setti nel suo articolo tende anche a descrivere alcuni passaggi importanti su cui porre l'attenzione quando ci si trova in un campo ossessivo-compulsivo, passaggi che verranno solo citati come, ad esempio, la capacità del terapeuta di mantenere viva la sensibilità estetica e sensoriale (*Leib*); il passaggio dal vissuto di terrore puro e senza confini del paziente al contenimento nel contatto con l'Altro ed, infine il passaggio da un forte senso di solitudine da parte del paziente alla risonanza affettiva.
Dunque, a seguito di quanto sopra espresso e, inoltre, a seguito di questo breve riferimento relativo al lavoro di Francesetti che evidenzia l'efficacia che un tipologia di trattamento integrato possa avere nei DOC; all'interno di questo articolo ci si propone, quindi, di fare una riflessione su delle eventuali Ipotesi e Metodi sia di Osservazione che di Intervento che potrebbero essere funzionali e spendibili in relazione sia allo specifico Caso Clinico di A. che in relazione a casi clinici simili a questo e che vedono, dunque, l'integrazione di approcci differenti come: l'**Approccio Umanistico-Esistenziale**; l'**Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis** (**Modello ABC**) e/o l'**Approccio Cognitivo-Costruttivista** ed, infine, l'**Approccio Gestaltico Integrato**.

2. Il caso clinico di A.

Partendo da un Profilo Psicologico, A. è un ragazzo di 16 anni con una Diagnosi di "Disturbo dello Spettro Autistico con competenze cognitive e performative globalmente nella norma con lieve deficit nelle competenze verbali" e arriva presso il Centro Diurno per volontà dei genitori, affinché con il ragazzo si possa lavorare per sviluppare ed ampliare l'Area delle Competenze Relazionali, Sociali e Comunicative.
A., nel complesso, appare subito un ragazzo con buone competenze relative alle Autonomie di Base, alla Gestione Ambientale e sembra, inoltre, prediligere l'utilizzo di un Livello Cognitivo ed Immaginativo di conoscenza del mondo, in quanto, questo manifesta grande interesse per gli ambiti di studio come l'astronomia, la letteratura, i temi di attualità, ecc.
Di contro, A. sembra presentare uno scarso utilizzo degli altri livelli dell'esperienza come soprattutto il livello sensorio, corporeo e il livello emotivo-relazionale; questo, infatti, appare con una postura rigida, scarsa mimica gestuale e facciale e tende ad avere un tono di voce monoespressivo. A. non sembra investire con il corpo l'ambiente circostante, anzi, tende a mantenere spesso la stessa postura rigida e si limita nel rimanere, quasi sempre, fermo all'interno dello stesso spazio, spazio che questo sembra non tollerare aver invaso, in quanto, A. tende, costantemente, ad evitare il contatto corporeo con l'altro e non tollera neanche essere sfiorato dal tocco dell'altro, in quanto, ciò lo tende a destabilizzare. A., inoltre, da quanto si evince dalle sue verbalizzazioni, sembra presentare anche una rigidità di quelle che sono le cognizioni di sé, dell'altro e del mondo esterno e, se si interfaccia con pareri differenti dai suoi, questo tende anche a riprendere e a correggere l'altro (pensiero e valore personale connesso ad un senso di onnipotenza del proprio pensiero) facendo intravedere la presenza in lui di una forte emozione di rabbia (emozione primaria) che è come se,

però, questo cercasse in tutti i modi di reprimere e di mantenere sullo sfondo. A., infatti, sembra utilizzare costantemente dei meccanismi di difesa e/o di interruzione al contatto basati sull'intellettualizzazione, la razionalizzazione e l'isolamento ed è come se manifestasse una totale scissione tra il suo livello di funzionamento cognitivo e quello emotivo, sensorio e corporeo.
I genitori di A. sembrano riconoscerlo per i successi performativi che il ragazzo manifesta all'interno del contesto scolastico, malgrado la sua disabilità. Questi sembrano essere molto attenti all'educazione morale e sociale del ragazzo, ma, nello stesso momento, sembra esserci una difficoltà da parte di questi nell'espressione dell'affetto verso di lui; ciò fa pensare che è come se A. vivesse un'esperienza relazionale contraddittoria e un'ambivalenza che lo porta a sviluppare modelli dicotomici di riconoscimento di sé: amabile (se segue le regole ed è bravo) e non amabile (se è disinibito e non segue le regole). Altra caratteristica che sembra emergere all'interno del contesto familiare è l'accentuazione del senso di responsabilità, della coscienziosità e del prevalere della componente verbale e logica che è più controllabile di quella emotiva. Inoltre, all'interno del nucleo familiare sembra essere presente uno **Stile di Comunicazione** poco funzionale caratterizzato dalla presenza di elementi che in **Analisi Transazionale** definiamo come "**Spinte**" ("Sforzati"; "Compiacimi"; "Sii Perfetto"; "Bravo, ma Potevi fare di più") e "**Ingiunzioni**" ("Non essere un Bambino"; "Non Scegliere"; "Non Sentire"; "Non Esistere", quest'ultima è racchiusa, spesso, nell'espressione verbalizzata dalla madre "Mio figlio A. non è né carne e né pesce").
A., durante la fase del lockdawn a causa della pandemia, inizia a seguire le lezioni scolastiche tramite DAD a casa e, tutto ciò, comporta una maggiore chiusura da parte del ragazzo per quanto riguarda l'aspetto dell'interazione e della comunicazione sociale con l'altro. In concomitanza a tale periodo, A., da quanto riferito dai genitori e da quanto osservato presso il centro diurno, sembra manifestare più volte al giorno e quasi tutti i giorni dei comportamenti disfunzionali che consistono nel rituale compulsivo di aprire e chiudere rapidamente i rubinetti dell'acqua e lavarsi le mani e/o alcune parti del corpo come, ad esempio, le gambe, oppure tende ad immergere le dita delle mani in acqua più volte al giorno e repentinamente. Inoltre, A. sembra anche manifestare la tendenza a chiudere compulsivamente tutte le porte delle stanze di casa e, ogni giorno, pretende di indossare sempre gli stessi indumenti senza voler cambiare il proprio outfit. Tali topografie comportamentali sembrano manifestarsi maggiormente e con maggiore rigidità all'interno del contesto familiare e ci si chiede se, malgrado tali topografie siano differenti tra loro, in realtà, possano avere differente e/o uguale funzione come, ad esempio, una funzione di autocontrollo e di autoregolazione sia sensoriale che emotiva da parte del ragazzo.

3. Ipotesi e metodi di studio e di intervento

In merito a tale riflessione, dunque, in linea con quelli che sono i Principi e gli Strumenti Scientifici dell'**Analisi Applicata del Comportamento** nell'Autismo, ci si

propone di utilizzare degli strumenti di misurazione del comportamento per poter svolgere un adeguato **Assessment Funzionale**. Ci si propone, dunque, in un primo momento, di misurare quelle che sono le dimensioni del comportamento come la **Ripetibilità** (Conteggio e/o Tasso), l'**Estensione Temporale** e il **Locus Temporale**. Da una prima osservazione fenomenologica associata ad un Assessment Funzionale, si riscontra che i comportamenti compulsivi di A. sembrano essere preceduti dalla presenza di alcuni pensieri e/o cognizioni mentali intrusivi e pervasivi che invadono la mente del ragazzo (**A = Antecedente**); pensieri che, a volte, sembrano quasi come bloccare A. nel processamento di una determinata azione e/o nello svolgimento di un determinato compito.

A seguito di tale condizione, si osserva come A. tenda a cercare di dirigersi o verso il lavello della cucina o verso il rubinetto del bagno, dove tende a mettere in atto la compulsione di aprire e chiudere velocemente il rubinetto e toccare ad intermittenza l'acqua (**B = Comportamento**). Di conseguenza, si osserva come, subito dopo la messa in atto del comportamento compulsivo, A. sembra presentare un abbassamento dell'arousal, come se tale comportamento compulsivo avesse una funzione di "Autoregolazione Emotiva" per il ragazzo, al punto tale che A., una volta messo in atto tale comportamento, sembra quasi essere più rilassato (**C = Conseguenza**).

In A. è come se prevalesse, dunque, come già accennato precedentemente, una componente e/o un livello di funzionamento maggiormente di tipo cognitivo che spingono il ragazzo a sentirsi come "in dovere" (**devo**) di adempiere a dei compiti di tipo performativo discostandosi e tralasciando completamente, a sua volta, quelle che sono le componenti e le competenze di tipo emotivo-affettivo-relazionale e sensorio-corporee e discostandosi, inoltre, da quelli che sono realmente i suoi bisogni emotivo-affettivi di base (**voglio**). La rigidità, quindi, sia dei processi cognitivi che delle varie manifestazioni comportamentali verbali e non verbali di A. sembra essere accentuata, dunque, dall'utilizzo dei meccanismi di difesa già sopra elencati come l'intellettualizzazione, la razionalizzazione e l'isolamento che contribuiscono a determinare, sempre più, una frattura ed una scissione tra la parte cognitiva e razionale del ragazzo e la parte più emotiva, corporea e sensoriale. Attraverso alcune attività svolte con A., tramite utilizzo di videomodeling e/o di immagini che raffigurano lo svolgimento di alcune azioni, tende ad evidenziarsi, sempre di più, come le rappresentazioni mentali che questo possiede di sé, dell'altro e della sua relazione con l'Altro sembrano essere eccessivamente rigide e/o disfunzionali e tendono ad influenzare e ad avere delle ripercussioni, dunque, a loro volta, sulle espressioni emotive e comportamentali di questo.

Facendo dei riferimenti e provando ad utilizzare anche dei termini tipici dell'**Analisi Transazionale**, è come se A. avesse interiorizzato un Genitore Normativo e Performativo che non permette l'espressione e l'accettazione del suo Bambino Libero e Creativo e soprattutto non permette ad A. di utilizzare e di energizzare la sua parte Adulta per cercare di entrare in contatto e di accogliere il suo Bambino con le proprie emozioni e sensazioni corporee.

3.1. Teorie e tecniche di intervento

Per quanto riguarda, dunque, il riferimento specifico alle Teorie e alle Tecniche di Intervento già sopra citate, presso il centro diurno, in relazione al quadro clinico di A., ci si propone, quindi, di utilizzare un tipo di intervento integrato la cui efficacia è stata dimostrata nel trattamento dei Disturbi Ossessivi Compulsivi. Tale tipologia di intervento, come accennato precedentemente, prevede l'integrazione di approcci differenti tra cui: l'**Approccio Umanistico Esistenziale**, l'**Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis** (**Modello ABC**) e/o l'**Approccio Cognitivo-Costruttivista** e l'**Approccio Gestaltico Integrato**.

Cercando di approfondire meglio tale tipologia di intervento integrato, si evidenzia che, inizialmente, ci si propone di entrare "in contatto" con A. e di relazionarsi con questo attraverso quelli che sono gli aspetti cardine dell'**Approccio Umanistico Esistenziale**; per cui, si cercherà di provare ad instaurare con A. una relazione empatica e una buona alleanza terapeutica considerando la resistenza e la diffidenza da parte di quest'ultimo nell'entrare in relazione con l'Altro. Si cercherà, inoltre, di creare un clima di accettazione incondizionata e di calore fondato sull'empatia in modo tale da poter incentivare l'auto-svelamento del ragazzo e la possibilità di instaurare con questo una relazione emotiva, malgrado le varie difficoltà di contatto che si evidenziano nel processo. Ci si è proposti, inoltre, di indagare meglio sul contesto familiare di A. e comprendere, dunque, quelli che potrebbero esseri gli Stili di Attaccamento e i Modelli Genitoriali presenti e interiorizzati avvalendosi anche dell'aiuto e della collaborazione delle figure genitoriali di questo per facilitare la consapevolezza sia da parte dei genitori stessi che di A. di quelle che rappresentano le dinamiche relazionali attuate all'interno del contesto familiare.

Considerando, inoltre, che A. utilizza, principalmente, un livello e un canale cognitivo ed immaginativo per conoscere il mondo, si è pensato che potrebbe essere funzionale entrare in contatto con il ragazzo attraverso, inizialmente, l'utilizzo del suo stesso canale di conoscenza per, poi, provare ad integrare gli altri livelli di esperienza e di conoscenza. Proprio per tale motivazione, si è pensato di utilizzare, dunque, anche un **Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC)** e/o l'**Approccio Cognitivo-Costruttivista**; tale approccio, in una fase iniziale, si propone di facilitare in A. la consapevolezza dei propri schemi cognitivi su di sé, sull'altro e sul mondo e la consapevolezza del proprio stile psico-relazionale. Ci si propone di avviare questo processo attraverso l'utilizzo di strumenti proiettivi caratterizzati da frasi da leggere e da provare a completare utilizzando la propria immaginazione e il proprio pensiero, oppure, utilizzare immagini, disegni, fumetti, fiabe o video di azioni e/o storie da significare, da interpretare e/o da completare sempre secondo il proprio canale cognitivo ed immaginativo. Ci si propone, dunque, di esplorare, così, il mondo interno del ragazzo e l'eventuale presenza di pattern comportamentali e relazionali disfunzionali e disadattavi. Una volta acquisita, dunque, la consapevolezza di quelle che potrebbero essere le rappresentazioni mentali del ragazzo che potrebbero avere, quindi, delle ripercussioni negative sulle emozioni e i comportamenti di questo, tentare, in un secondo momento, di provare a ristrutturare tali convinzioni irrazionali e i vari pensieri

intrusivi attraverso tecniche di tipo cognitivo comportamentale che si rifanno anche ai principi dell'Analisi Applicata del Comportamento (ABA).
Quanto sopra espresso, si pone come scopo la possibilità di ristrutturare in A. nuove cognizioni maggiormente adattive su di sé, sull'altro e sulla relazione con l'Altro, al fine di riuscire, conseguenzialmente, anche ad avere un cambiamento funzionale delle proprie espressioni emotive e comportamentali, magari riuscendo a ridurre i vari rituali compulsivi di questo; tutto ciò, inoltre, si pone come obiettivo anche quello di cercare di aumentare il senso di autoefficacia nel ragazzo, fornendogli degli strumenti funzionali ed efficaci per poter gestire l'ansia e/o la rabbia e sapersi autoregolare emotivamente senza ricorrere all'utilizzo di meccanismi di difesa e/o di interruzione al contatto come l'annullamento retroattivo, l'isolamento, la razionalizzazione, etc.
Tra le suddette tecniche ci si è proposti di utilizzare le **Storie Sociali** che sono utili per l'apprendimento di concetti, situazioni e regole relative ad un adeguato e funzionale comportamento sociale e relazione; i **Videomodeling** come sistemi di **autoapprendimento per imitazione**, sviluppati attraverso la presentazione di filmati che illustrano le **modalità adeguate di comportamento** o le azioni da effettuare in funzione del raggiungimento di determinati obiettivi; l'**Espressione Grafica Guidata e la Fantasia Guidata** (Violet Oaklander) in cui l'operatore guida il ragazzo nella rappresentazione grafica di immagini e/o personaggi che comunicano tra di loro o che compiono delle azioni funzionali, in modo tale che il ragazzo possa identificarsi con ciò che viene disegnato e, successivamente, interiorizzarlo.
Infine, ci si propone di integrare gli interventi precedenti con un modello **Trans-Teorico** e **Gestaltico** che possa permettere, successivamente, di orientare A. verso quella che è la consapevolezza del proprio bisogno emotivo-affettivo e relazionale che sta alla base della sintomatologia che questo manifesta, in modo tale, da poter iniziare un lavoro processuale sulle proprie emozioni che, tramite la consapevolezza, possa promuovere l'inizio di un percorso responsabilmente basato sul soddisfacimento dei propri bisogni e sulla propria creatività esperienziale. In relazione a quanto sopra espresso, ci si propone di utilizzare alcuni strumenti della **Gestalt Play Therapy** di Violet Oaklander come, ad esempio, i lavori espressivi, sensoriali, corporei, l'utilizzo della musica e, soprattutto, l'utilizzo del "Gioco"; tutti strumenti questi che potrebbero permettere ad A. di venire maggiormente a contatto con la parte di sé più emotiva, sensoriale e corporea che possa dare spazio ed energizzare il suo Bambino Libero permettendogli, così, con la parte Adulta di poter essere maggiormente in grado di esprimere e autoregolare le proprie emozioni e sensazioni. Tale tipologia di intervento, nello specifico, si propone di indagare e di intervenire terapeuticamente su un insieme di elementi fondamentali in Gestalt come la Relazione, le Funzioni di Contatto, le Funzioni di Sostegno, il Livello Corporeo, Emotivo, Sensoriale, i Meccanismi di Resistenza e/o di Interruzione al Contatto, lo Stile di Attaccamento, le Abilità Sociali ed, infine, quello che è il Senso di Sé del ragazzo (Funzione Personalità).
Potrebbe essere auspicabile lavorare con A. sul processo di "Confluenza" e/o sul

"Permesso di Esistere" attraverso l'utilizzo di tecniche che tendono, ad esempio, ad utilizzare l'esagerazione delle differenze e delle somiglianze; si potrebbe parlare in terapia con questo del modo in cui si è uguali, del modo in cui si è differenti e fare una lista con delle frasi che raccontano "chi sono, cosa mi piace, cosa non mi piace, ecc". Sarebbe, inoltre, funzionale poter lavorare anche sul processo di "Introiezione" e/o sul "Permesso di Scegliere", per esempio, attraverso la creazione, da parte di A., di una sorta di lista di "cose che devo o credo di dover fare" e, successivamente, fargli elencare, invece, "ciò che gli piacerebbe e/o desidererebbe fare", aiutando in questo modo il ragazzo a fare delle affermazioni del tipo "Che cosa voglio, che cosa non voglio" passando, dunque, da una condizione in cui questo "sente di dovere fare" ad una condizione in cui questo diventa padrone di scegliere per sé e secondo i propri bisogni emotivi-affettivi e relazionali. Tutto ciò, potrebbe essere fondamentale per l'avvio del **Processo Trans-Teorico** caratterizzato dai passaggi dal "DEVO-VOGLIO-POSSO-FACCIO" che contribuirebbero ad un aumento in A. del proprio empowerment e del proprio senso di auto-efficacia.

Infine, una volta considerati tutti i suddetti punti e una volta consolidata, ulteriormente, una relazione di fiducia e di intimità con il ragazzo, si potrebbe iniziare a lavorare sul livello corporeo e sul livello sensoriale di questo; a tal proposito, ci si è proposti, infatti, di inserire A. all'interno di alcuni percorsi sensoriali settimanali e periodici nella **Snoezelen Room** ed inserirlo anche nelle attività di cura della serra presente presso la nostra struttura. Inoltre, ci si propone di utilizzare ulteriori strumenti relativi alla **Gestalt Play Therapy** come, ad esempio, l'utilizzo del **Gioco**, della **Fantasia Guidata**, l'utilizzo del Disegno come la "Tecnica dello Scarabocchio" (Winnicot, 1994) e il "Lavoro Terapeutico basato sul Disegno", tutti strumenti questi di grande valenza espressiva che potrebbero contribuire a portare in figura e, dunque, ad un'ulteriore consapevolezza, identificazione e riappropriazione da parte di A. delle proprie emozioni e delle parti del proprio Sé, sino ad oggi, isolate, dissociate e mantenute sullo sfondo.

Altro strumento importante per poter incentivare lo sperimentare la relazione con l'Altro e, al tempo stesso, l'espressività è il **Gioco di Ruolo**; tramite l'utilizzo di tale tecnica che consiste, principalmente, nell'attuazione dell'*Inversione di Ruolo* e/o del *Decentramento Percettivo*, si permette ai partecipanti di assumere un determinato ruolo e recitarlo, mettendo in scena una situazione specifica su cui riflettere successivamente. Il "mettere in scena", dunque, permette di restare abbastanza distanti dal dolore che una certa emozione e/o vissuto può suscitare e, allo stesso tempo, permette di riviverli ben agganciati al presente e, eventualmente, permette anche di far emergere in figura nuove strategie e/o soluzioni che fino ad allora erano rimaste sullo sfondo (consapevolezza delle proprie risorse e dei propri punti di forza).

4. Primi brevi cenni di outcome terapeutico

Ad oggi, è stata avviata l'applicazione di tale tipologia di Intervento Integrato in relazione al caso di A. e, nello specifico, l'utilizzo di determinate tecniche ha permesso,

già, di riscontrare dei cambiamenti della condizione clinica di A.; ciò, dunque, sembra essere sentore di un buon outcome terapeutico. In particolare, con A. sono state utilizzate le **Storie Sociali**, i **Videomodeling**, le **Task Analysis** e, inoltre, A. è stato inserito in **Laboratori di Social Skills**, all'interno dei quali, si vanno alternando momenti di lavoro in condivisione con l'Altro e con il Gruppo in cui si richiede di "fare squadra con i compagni" ma, al tempo stesso, vengono creati anche dei momenti di lavoro caratterizzati da un clima di competizione con l'Altro. Si registra come l'utilizzo delle suddette tecniche, ha contribuito a far sì che A. acquisisse maggiori competenze relative all'Area della Socializzazione e, soprattutto, tutto ciò ha contribuito ad un aumento dell'Iniziativa Comunicazionale nel ragazzo. A., infatti, quando adesso arriva in struttura oppure va via, tende spontaneamente a salutare tutti quanti, comportamento questo che, invece precedentemente, doveva essere sollecitato ed indotto dalla stimolazione verbale da parte degli operatori di riferimento. Ultimamente, è capitato, inoltre, che A. si sia diretto spontaneamente verso dei determinati operatori ricercando un'interazione funzionale con questi.

Con A., inoltre, sono state attuate delle sedute terapeutiche individuali in cui si è pensato di condividere con questo la lettura di alcune storie come la storia del "**Piccolo Principe**" e la storia del "**Mago di Oz**". All'interno di queste sedute, A. ha chiesto esplicitamente che potessero essere le terapiste a leggere ad alta voce alcuni paragrafi di questi racconti, piuttosto che leggerli lui come se questo potesse avere, così, la possibilità di rilassarsi durante la lettura delle storie e potesse, inoltre, riuscire a concentrarsi e a comprendere meglio i vari contenuti dei racconti che, man mano, venivano trattati. Dopo la lettura, infatti, ci si è soffermati con A. ad analizzare insieme le tematiche emergenti dai racconti del Piccolo Principe e del Mago di Oz e, inoltre, si è cercato di individuare e di cogliere quelle che potessero essere le caratteristiche psichiche ed emotive dei vari personaggi dei racconti. Infine, si è chiesto ad A. di provare anche ad effettuare dei collegamenti tra i contenuti emersi dai racconti ed eventuali situazioni e/o esperienze relative alla vita reale e quotidiana di questo e si è riscontrato come tale pratica, poco a poco, ha contribuito ad implementare e a far emergere, sempre più, in A. la capacità di auto-centrarsi e di iniziare, dunque, a prendere maggiormente contatto e consapevolezza sia delle proprie emozioni che dei propri bisogni anche attraverso un processo di identificazione di questo con alcuni dei personaggi dei vari racconti. Tutto ciò, infatti, ha fatto sì che, ad oggi, A. sembra maggiormente in grado di comprendere ciò che è buono per lui e, di conseguenza, riuscire ad esprimere il proprio volere ed agire responsabilmente per iniziare a soddisfare i propri bisogni.

Quanto sopra espresso, ha avuto delle ripercussioni importanti nella vita di A., in quanto, questo si è trovato, ultimamente, a fare autonomamente una scelta importante nella propria vita che per lui ha significato il raggiungimento di un traguardo molto significativo. Ci si riferisce al fatto che A. si è trovato, quest'anno, a svolgere il primo anno di Scuola Superiore al Liceo Scientifico, indirizzo scolastico che non era stato assolutamente scelto da A., il quale, dunque, si era dovuto adattare ad una scelta scaturita dai genitori. In quest'anno, però, A. si è trovato a confrontarsi con un'eccessiva

mole di studio che lo ha, spesso, costretto a studiare, sino a tarda serata, delle materie a lui poco gradite e poco affini come, ad esempio, la matematica e la fisica; tale situazione ha anche contribuito a ridurre, inoltre, al minimo i vari momenti di relax e di svago del ragazzo durante la routine quotidiana. A fine anno scolastico, durante le sessioni di terapia individuale, A. riesce ad iniziare ad esprimere il proprio disagio in merito alla propria situazione scolastica e questo, inoltre, sembra accogliere con positività la nostra proposta di provare a valutare la possibilità di cambiare indirizzo di Scuola Superiore per il prossimo anno. In relazione a tutto ciò, all'interno di una delle varie sedute terapeutiche, A. viene invitato a supervisionare alcuni indirizzi di Scuola Superiore che gli potrebbero interessare insieme ai corrispettivi moduli delle varie materie corrispondenti per ogni indirizzo scolastico; in seguito, dopo questa sorta di orientamento scolastico, viene chiesto ad A. di valutare e di riflettere sui vari indirizzi scolastici maggiormente affini alle proprie potenzialità ed, infine, gli viene chiesto di fare una scelta autonoma e responsabile della Scuola che questo preferirebbe frequentare. Dopo qualche giorno, A. ci comunica che ha deciso di lasciare il Liceo Scientifico per frequentare il secondo anno dell'Istituto Superiore Turistico e tende, inoltre, a motivare la propria scelta con fermezza e con grande consapevolezza affermando che, secondo lui, l'Istituto Turistico è sicuramente più affine alle proprie competenze e, inoltre, A. crede che, in tale indirizzo scolastico, ci possano anche essere delle materie che tendono a stimolare tantissimo il suo interesse come, ad esempio, le lingue.

Il passo successivo rispetto a quanto sopra espresso, è stato quello di dare ad A. la possibilità di comunicare lui direttamente ai suoi genitori l'esito della scelta avvenuta; per tale occasione, dunque, è avvenuto un incontro di **Parent Training** in cui ha partecipato A. che, supportato dalla nostra presenza, è riuscito a comunicare ai genitori con assertività e fermezza la tipologia di indirizzo scolastico che questo è riuscito a scegliere autonomamente, motivando anche ragionevolmente tale scelta. Ciò ha permesso, dunque, ad A. di affermare, forse per la prima volta, quello che era il proprio bisogno e, di conseguenza, affermare il proprio volere e, soprattutto, il proprio Sé. Si precisa, inoltre, che, in questi mesi, sono stati svolti diversi incontri di Parent Training con i genitori di A., parallelamente al percorso riabilitativo di quest'ultimo, incontri che, tra l'altro, continuano ad essere svolti con una cadenza mensile; si è pensato di avviare tale percorso anche con i genitori, proprio per dare loro la possibilità di avere un setting disponibile dove essere informati e supportati in relazione alla condizione e alla gestione del figlio, infatti, la stessa coppia genitoriale, in questi mesi in cui è stata avviata tale tipologia di trattamento integrato, ha anche affermato di aver riscontrato una riduzione dei comportamenti compulsivi di A. nel contesto casa. Tali incontri, inoltre, ci hanno permesso di far emergere e di osservare la tipologia degli stili comunicativi e relazionali presenti all'interno del nucleo familiare in questione e, di conseguenza, l'acquisizione di una maggiore consapevolezza da parte dei genitori di A. di tali stili, ha permesso loro di modellarli e di cercare di adottare degli stili comunicativi e relazionali maggiormente funzionali ed efficaci per l'intero sistema familiare.

Ad oggi, dunque, in relazione al caso in questione e in relazione a quanto sopra espresso, si registra l'inizio di un importante **Processo Trans-Teorico** che vede A. in un passaggio da una dimensione del "devo", ad una dimensione del "voglio", "posso" e "faccio"; tale processo sembra aver, sicuramente, contribuito a far acquisire al ragazzo una maggiore fiducia in sé stesso e un maggiore senso di auto-efficacia. Tale processo, inoltre, a fatto sì che A. venisse, poco a poco, maggiormente in "**contatto**" con le proprie emozioni e con i propri bisogni mettendo sempre più da parte le proprie ansie e le proprie paure; a fronte di tutto ciò, è come se A. stesse imparando, gradualmente, a muoversi responsabilmente nel mondo per iniziare a soddisfare i propri bisogni. L'inizio del suddetto processo, sembra già aver manifestato, dunque, degli effetti benefici su A., il quale sembra, ad oggi, mostrare una maggiore flessibilità sia ad un livello cognitivo relativa alla tipologia dei propri pensieri (riduzione della rigidità) che una maggiore flessibilità negli stili di comportamento (riduzione dei rituali compulsivi); A., infatti, adesso tende con maggiore facilità a partecipare all'interno dei laboratori e/o dei giochi di gruppo insieme agli altri assistiti ed, inoltre, è maggiormente propenso a partecipare ad attività che richiedono un maggior contatto e una maggiore interazione con l'Altro.
Oggi, osservando A. è come se questo avesse imparato, per la prima volta, a sorridere e a divertirsi come un vero e proprio "Bambino Libero" che, finalmente, sta provando a iniziare a darsi non solo il "Permesso di Esistere ma anche il Permesso di Scegliere e di Sentire".
Infine, si è anche ipotizzato di provare ad adottare, successivamente, con A. anche la **pratica della Mindfulness**, proprio per contribuire maggiormente ad incrementare nel ragazzo la consapevolezza relativa alle proprie sensazioni corporee, alle proprie emozioni e ai propri pensieri contribuendo, così, a sua volta, a ridurre ulteriormente tutti quei pattern comportamentali ripetitivi e disfunzionali, sostituendoli con tipologie funzionali di comportamento e di regolazione del proprio arousal; inoltre, tale pratica potrebbe aiutare A. a coltivare maggiormente l'accettazione e la compassione nei confronti delle proprie esperienze di vita e ad incrementare maggiormente la propria **capacità di auto-regolazione emotiva**.

5. Conclusioni

In conclusione, con il grande auspicio che tale tipologia di intervento integrato, qui sopra illustrato, possa realmente poter continuare a dimostrare la sua efficacia nel trattamento del caso di A., così, come nel trattamento di casi simili a questo, si vuole concludere questo articolo riprendendo e riformulando quello che è uno dei pensieri cardine di Violet Oaklander e che consiste nel considerare che "il lavoro in terapia è teso a costruire il Senso di Sé della persona e il ruolo del terapeuta è quello di rafforzare il sé dell'Altro, facilitarlo nel decidere per sé, ma non scegliere per lui. Bisognerebbe essere direttivi senza essere invadenti, dolci e gentili senza essere passivi o non direttivi. È indispensabile e fondamentale, dunque, partire dal livello dove si trova l'Altro, perché evidentemente in quel livello si sente al sicuro".

Ringraziamenti

Il presente lavoro è stato svolto anche grazie alla partecipazione di Antonio Ferro, Leonardo Fauci, Anna Mauro, Enrica Troìa, Leo Morana, Giuseppe Di Via, Giuseppe La Sala, Gianluca Pellegrino, Scardino Rossana dell'Equipe Pluridisciplinare Centro Diurno per l'Autismo della Fondazione Auxilium di Villa Betania.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA.
2. Francesetti, G. (2017). Sospesi su ponteggi vacillanti, ci sosteniamo con le nostre/fissazioni: il disturbo ossessivo-compulsivo: una esplorazione fenomenologica e gestaltica. *Quaderni di Gestalt, 30*(2), 25-56.
3. Francesetti, G. (2014). Dalla sintomatologia individuale ai campi psicopatologici: verso una prospettiva di campo sulla sofferenza clinica. *Dalla sintomatologia individuale ai campi psicopatologici: verso una prospettiva di campo sulla sofferenza clinica*, 31-56.
4. Sgadari, M. S. L. (2014). di Gianni Francesetti, Michele Ammirata, Silvia Riccamboni, Nunzia. *Il dolore e la Bellezza. Atti del III Convegno della Società Italiana Psicoterapia Gestalt: Atti del III Convegno della Società Italiana Psicoterapia Gestalt, 13,* 15.
5. Giusti, E., & Chiacchio, A. (2002). *Ossessioni e compulsioni. Valutazione e trattamento della psicoterapia pluralistica integrata (Vol. 33)*. Sovera Edizioni.
6. Franciosi, F. (2017). *La Regolazione Emotiva nei Disturbi dello Spettro Autistico. Verso un modello Operativo in Ambito Clinico e Psicoeducativo*. ETS Edizioni.
7. Bailey, J. S., & Burch, M. R. (2017). *Research methods in applied behavior analysis*. Routledge.
8. Johnston, J. M., & Pennypacker, H. S. (1993). *Readings for strategies and tactics of behavioral research*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
9. Johnston, J. M., Pennypacker, H. S., & Green, G. (2010). *Strategies and tactics of behavioral research*. Routledge.
10. Steward, I., & Joines, W. (1990). *Analisi Transazionale*. Garzanti Editore, Milano.
11. Moiso, C., & Novellino, M. (1982). *Stati dell'io: le basi teoriche dell'analisi transazionale integrata*. Astrolabio.
12. Giordano, B. (1988). *Psicoterapia Umanistica, da C.R. Rogers a R. Carkhuff. La Terapia Centrata sulla Persona*. Cittadella Editrice.
13. Rogers, C. R. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Feltrinelli, Firenze.
14. Di Giuseppe, R.A., & Doyle, K.A., & Dryden, W., & Backx, W. (2014). *Manuale di Terapia Razionale Emotiva Comportamentale*. Raffaello Cortina Editore.
15. Beck, J.S. (2013). *La Terapia Cognitivo Comportamentale*. Astrolabio Editore.
16. Golfried, M. (2000). *Dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale all'Integrazione delle Psicoterapie*. Sovera Editore.
17. Gray, C. (2016). *Il Nuovo Libro delle Storie Sociali. Promuovere le Competenze Relazionali in Bambini e Giovani Adulti con Autismo e Sindrome di Asperger.* Erickson Editore.
18. Costa, A., & Fiorot, E. (2018). *Imparo con il Video Modeling. Modelli Comportamentali per l'Apprendimento delle Autonomie Personali, Domestiche e Sociali*. Erickson Editore.
19. Oaklander, V. (2009). *Il Gioco che Guarisce. La Psicoterapia della Gestalt con Bambini e Adolescenti*. EPC Edizioni Pina Catania.
20. Polster, E., & Polster, M. (1973). *Terapia della Gestalt Integrata. Profili di Teoria e Pratica*. Giuffrè Editore, Milano.
21. Giusti, E., & Harman, R. (1996). *La Psicoterapia della Gestalt*. Sovera Editore.
22. Naranjo, C. (1989). *Teoria della Tecnica Gestaltica. Atteggiamento e Prassi della Terapia Ge-*

staltica. Melusina Editore.
23. Menditto, M. (2010). *Psicoterapia della Gestalt Contemporanea*. Franco Angeli Editore.
24. Gunter, M. (2008). *Colloqui con i Bambini. La Tecnica dello Scarabocchio nella Pratica clinica*. Astrolabio Ubaldini Editore.
25. Secchiaroli, L., & Triolo M. (2020). *Il Role Playing. Una Tecnica Trasversale che Apre Nuove Prospettive*. Franco Angeli Editore.
26. De Saint–Exupéry, A. (1943). *Il Piccolo Principe*. Newton Compton Editori.
27. Baum, L. F. (1993). *Il Mago di Oz*. Scolastiche Bruno Mondadori.
28. Paganoni, M. (Novembre, 2017). *Mindfulness e Autismo ad Alto Funzionamento*. State of Mind, Il Giornale delle Scienze Psicologiche. https://www.stateofmind.it/2017/11/mindfulness-autismo-ad-alto-funzionamento/
29. D'Angelo, G. (2013). Mindfulness e Autismo: Prospettive per il Trattamento Psicoterapeutico. *Autismo e Disturbi del Neurosviluppo, 3*(11).