

ARTICOLO DI OPINIONE

ADOLESCENTI AUTISTICI AD ALTO FUNZIONAMENTO

Nuove riflessioni sull'efficacia di una tipologia di interventi integrati, sicuri e innovativi per il trattamento di comorbidità con il disturbo ossessivo compulsivo

Valentina Bellomo¹, Elena Gigante¹, Francesco Paolo Scarito¹

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

ABSTRACT

This recent publication was born in relation to a Research Article published in 2021 on Phenomena Journal and represents a further deep reflection on the effectiveness that a type of Integrated Treatment could have in subjects and / or young adults with High Autism Spectrum Disorder. Functioning that present a comorbidity with an Obsessive Compulsive Disorder. Following the above, within this research article, it is proposed to further investigate the specific clinical case of A., which has already been mentioned in the previous publication; A. is a young adult with High Functioning Autism Disorder attending the Day Center for Autism, who, concomitantly with the lockdown period caused by the pandemic, begins to manifest symptoms that characterize an Obsessive-Compulsive Disorder. Therefore, initially, in the previous article, it was proposed to reflect on the use of any Hypotheses and Methods of both Observation and Intervention that could be functional and usable in relation to both the specific Clinical Case of A. and in relation to clinical cases similar to this and that they see, therefore, the integration of different approaches such as: ABA, the Humanistic-Existential Approach; Ellis's Cognitive-Rationalist Approach (ABC Model) and / or the Cognitive-Constructivist Approach and, finally, the Integrated Gestalt Approach. In this article, we also propose to carry out new Intervention Hypotheses through the use of innovative, safe and revolutionary Therapeutic Processes such as the work on the Interpersonal Emotional Scheme and the DBR (Deep Brain Reorienting) integrated with the ASI Therapeutic Approach of Sensory Integration and the Integrated Gestalt Approach. To date, we can see how the aforementioned Therapeutic and Rehabilitative Path has certainly allowed A. to be able to live, in the here and now, a functional, rewarding and dignified lifestyle.

KEYWORDS

Obsessive Compulsive Disorder, High Functioning Autism, Integrated Treatment, Innovation, Interpersonal Emotional Pattern, DBR, ASI, Integration.

ABSTRACT IN ITALIANO

Questa recente pubblicazione nasce in relazione ad un Articolo di Ricerca pubblicato nel 2021 su Phenomena Journal e rappresenta una ulteriore profonda riflessione in merito all'efficacia che potrebbe avere una tipologia di Trattamento Integrato in soggetti e/o giovani adulti con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento che presentano una comorbidità con un Disturbo Ossessivo-Compulsivo. A seguito di quanto sopra espresso, all'interno di questo articolo di ricerca, ci si propone di approfondire, ulteriormente, il Caso Clinico specifico di A., di cui già si è accennato nella precedente pubblicazione; A. è un giovane adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento frequentante il Centro Diurno per l'Autismo, il quale, in concomitanza del periodo di lockdown causato dalla pandemia, inizia a manifestare una sintomatologia che caratterizza un Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Per cui, inizialmente, nel precedente articolo, ci si è proposti di fare una riflessione



Citation

Bellomo V., Gigante E., Scarito F. P. (2022).

Adolescenti autistici ad alto funzionamento
Phenomena Journal, 4, 50-75.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.164>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Valentina Bellomo
vbello82@gmail.com

Ricevuto: 16 settembre 2022

Accettato: 29 novembre 2022

Publicato: 29 novembre 2022



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

sull'utilizzo di 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'ABA, l'Approccio Umanistico-Esistenziale; l'Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC) e/o l'Approccio Cognitivo-Costruttivista ed, infine, l'Approccio Gestaltico Integrato. In questo articolo, ci si propone, inoltre, di effettuare delle nuove Ipotesi di Intervento attraverso l'utilizzo di Processi Terapeutici innovativi, sicuri e rivoluzionari come il lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale e il DBR (Deep Brain Reorienting) integrato con l'Approccio Terapeutico ASI di Integrazione Sensoriale e l'Approccio Gestaltico Integrato. Ad oggi, si riscontra come il suddetto Percorso Terapeutico e Riabilitativo ha sicuramente permesso ad A. di poter vivere, nel qui ed ora, uno stile di vita funzionale, gratificante e dignitoso.

PAROLE CHIAVE

Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Autismo ad Alto Funzionamento, Trattamento Integrato, Innovazione, Schema Emotivo Interpersonale, DBR, ASI, Integrazione.

1. Introduzione

All'interno di questo articolo, prima di approfondire la tematica relativa alle Nuove Riflessioni fondate su una tipologia di Interventi Integrati [1] [2] [3], Sicuri e Innovativi come il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale [4] e il DBR (Deep Brain Reorienting) [5] [6] e l'Integrazione con l'Approccio ASI [7] [8] e la Gestalt [9] in Soggetti Autistici ad Alto Funzionamento che presentano una comorbidità con il DOC [10] [11], ci si propone di fare cenno a quelli che sono, ad oggi, i dati della ricerca scientifica svolti nell'ambito dell'Autismo, i quali tendono ad evidenziare una maggiore percentuale di Psicopatologia in soggetti ad "Elevato Funzionamento con un Minore Bisogno di Supporto" [12].

Ricerche recenti sottolineano, inoltre, l'importanza e l'efficacia dell'utilizzo di criteri diagnostici specifici per queste persone che, oltre a manifestare dei sintomi psicopatologici soggettivi e osservabili, manifestano anche diverse difficoltà sia di comunicazione che cognitive; ciò è necessario, in quanto, è stato evidenziato che l'utilizzo di criteri diagnostici adattati permette di fare diagnosi più corrette e di individuare prevalenze che siano coerenti con la realtà.

Per poter riuscire a fare una distinzione e per poter svolgere l'operazione fondamentale di differenziazione e di impianto dei vari interventi adeguati, occorrono grandi conoscenze e grandi competenze cliniche specifiche che tendono ad insistere molto sul concetto di "Equivalenza Comportamentale" e, cioè, essere in grado di comprendere quali sono quegli aspetti comportamentali osservabili nel soggetto che possono essere degli "Equivalenti di Sintomi Soggettivi di Psicopatologia", in modo da poter applicare la semeiologia e, dunque, la conoscenza clinica utilizzata nella popolazione generale anche nei confronti delle persone con disturbi del neurosviluppo [13] [14]. In relazione a quanto affermato, nella pratica clinica, dunque, sia ai fini diagnostici che terapeutici, è davvero fondamentale riuscire ad indagare, a comprendere e a distinguere la Funzione dei vari Comportamenti Problematici e della Sintomatologia manifesta e osservabile, in quanto, ciò permette di comprendere se tali problematiche comportamentali possono essere correlate alla presenza di un Disturbo del Neuro-

sviluppo come l'Autismo e che, dunque, rappresentano una tipologia di comportamenti mediati socialmente che possono prevedere, quindi, l'utilizzo di una tipologia di interventi psico-educativi e riabilitativi basati, principalmente, sulla Behaviour Analysis (ABA) [15] [16] [17]; oppure, comprendere quando e quanto, invece, un determinato problema comportamentale può essere espressione della co-presenza di una specifica Psicopatologia nella persona con Disturbo del Neurosviluppo e, quindi, prevedere, di conseguenza, una varietà e una specificità di trattamenti prettamente più di tipo clinico e psico-farmacologico.

Ad oggi e, nello specifico, all'interno di questo lavoro di ricerca ci si propone, dunque, di riuscire ad integrare diverse Tipologie di Intervento sia per la Diagnosi che per il Trattamento delle Problematiche Comportamentali e della Sintomatologia specifica che caratterizza il Caso Clinico in questione di A. che rappresenta ed esprime proprio una condizione di comorbidità tra un Disturbo del Neurosviluppo come l'Autismo ad Alto Funzionamento e un quadro Psicopatologico importante come il DOC.

2. Le nuove riflessioni fondate su una tipologia di interventi integrati, sicuri e innovativi

In relazione a quanto sopra espresso, nell'articolo precedente del 2021 [18], si è cercato di evidenziare l'avvio di una Tipologia di Trattamento Integrato nei confronti di A. che ha visto l'Integrazione di diversi Approcci Teorici e Metodologici come l'ABA, l'Approccio Umanistico-Esistenziale [19]; l'Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC) [20] e/o l'Approccio Cognitivo-Costruttivista [21] ed, infine, l'Approccio Gestaltico Integrato [22]; tutto ciò, ha contribuito a rappresentare una Tipologia di Interventi Integrati che hanno permesso, già, di produrre e di evidenziare nel tempo i primi outcome terapeutici.

In questo articolo, ci si propone di dare una continuità al precedente lavoro facendo, però, riferimento e soffermandosi principalmente su quelle che rappresentano delle nuove riflessioni emerse in questo periodo di presa in carico di A. e che sono riflessioni sull'eventuale efficacia che una Tipologia di Interventi Integrati, Sicuri e Innovativi come, ad esempio, il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale e il DBR - Deep Brain Reorienting integrato con l'Approccio Terapeutico ASI di Integrazione Sensoriale e l'Approccio Gestaltico Integrato potrebbero avere se, anche questi, applicati sia in relazione al caso specifico di A. che in relazione ad altri casi con caratteristiche simili.

2.1. Il lavoro sullo schema emotivo interpersonale

In questo paragrafo, si vuole considerare il caso di A. in relazione alla possibilità di poter applicare, nel lavoro terapeutico con questo, una Tipologia di Interventi Integrati, Sicuri e, per certi versi, Innovativi che hanno come obiettivo il raggiungimento nel ragazzo di un Processo di Integrazione che coinvolge sia i diversi Livelli dell'Esperienza e sia le varie parti del Sé e dell'Altro; al tempo stesso, considerando

l'ambito delle Neuroscienze, della Neuropsicologica e della Neurofisiologia, ci si propone di raggiungere anche un'Integrazione che riguarda la possibilità di ripristinare le diverse connessioni tra le varie Strutture Corticali, Sottocorticali e Neuronalì interessate nei Processi di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale e Comportamentale e interessate, dunque, nei Processi di Regolazione dei propri Livelli di Arousal [23] [24].

A seguito di tale considerazione, il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale può essere considerato strettamente connesso sia alla Terapia Metacognitiva che alla Terapia Sensomotoria anche se, in questo paragrafo, si cercherà di considerare tale tipologia di Intervento tenendo sempre conto di un Approccio di tipo Integrato. Prima di spiegare, però, l'evoluzione del Processo Terapeutico attraverso il lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale e prima di comprendere come tale Procedimento potrebbe essere utilizzato nella Relazione Terapeutica con il paziente, si reputa fondamentale poter fare una breve riflessione ed esplicazione di quali sono gli elementi di base dai cui si parte e che, a loro volta, caratterizzano proprio l'intervento sullo Schema Emotivo Interpersonale.

Uno dei principali costrutti da cui partire e da cui deriva anche il Processo di Evoluzione Esperienziale in Terapia, consiste proprio nel concetto di "Embodied Cognition" e, cioè, di "Cognizione Incarnata". Cognizioni, emozioni, stati corporei e, dunque, sensazioni partecipano insieme a dare un significato al mondo, a pianificare le nostre azioni, a decodificare ciò che ci accade e a capire ciò che ci succederà. Ognuno di noi, infatti, è un "essere sensoriale", in quanto, le esperienze sensoriali e relazionali precoci con i caregiver tendono a trascrivere nel nostro corpo delle storie, delle tracce, delle "memorie incarnate" che tenderanno ad influenzare la strutturazione del nostro Sé e tenderanno ad influenzare la visione di noi stessi, dell'Altro e il nostro modo di stare al mondo e di vivere la relazione con l'Altro.

L'esplicazione di tale costrutto permette di constatare, ulteriormente, che, all'interno di un processo terapeutico, è fondamentale poter intervenire, dunque, attraverso l'Integrazione di Approcci e di Strumenti sia di tipo Top-Down che di tipo Bottom-Up; il concetto di Cognizione Incarnata, infatti, permette di comprendere che è riduttivo prestare solo, principalmente, attenzione a delle generalizzazioni semantiche sotto forma di concezioni e/o di rappresentazioni mentali di sé e del mondo. Oggi, sappiamo anche che altre dimensioni come alcune procedure automatiche, alcuni stati corporei, sensoriali e le immagini mentali cariche emotivamente hanno una grande influenza nella vita nell'individuo e tendono, soprattutto, ad avere un importante potere decisionale in questo.

Come sopra accennato, dunque, dalle interazioni ripetute con chi ci accudisce sin dall'inizio della nostra vita e in relazione alla forma di soddisfacimento dei nostri bisogni di base, proprio all'interno di questa relazione con il caregiver, si tendono a trascrivere in noi e tendiamo ad incorporare delle memorie sensoriali, corporee e implicite che sono strettamente connesse alla strutturazione e all'attivazione dei nostri Schemi Emotivi Interpersonali. Innanzi, dunque, a dei determinati e specifici stimoli sensoriali legati ad una percezione e/o ad un ricordo e che, quindi, possono essere

presenti sia nella realtà esterna e/o interna, tendono immediatamente a riattivarsi le nostre memorie implicite determinando, quindi, l'attivazione automatica e anacronistica dei nostri Schemi Emotivi, Cognitivi, Sensoriali, Motori e Comportamentali che influenzano il nostro modo di stare nel mondo e la visione che noi abbiamo di noi stessi e dell'Altro e, soprattutto, tendono ad influenzare il nostro modo di entrare nella relazione con l'Altro influenzando, al tempo stesso, anche le reazioni emotive dell'Altro nei nostri confronti.

Da quanto sopra espresso, dunque, utilizzando un termine tipico dell'Analisi Transazionale [25] [26], lo Schema Emotivo Interpersonale può essere identificato nel concetto del "Copione" [27] che ognuno di noi tende a ri-attualizzare nel corso della propria esistenza e che permette di prevedere quale sarà il nostro destino già pre-stabilito e quale saranno, inoltre, le reazioni e le risposte del mondo esterno nei nostri confronti. Tutto ciò, sembra proprio come una sorta di "profezia che si auto-avvera" e/o come una sorta di "sortilegio auto-indotto" dalla persona stessa.

Un altro elemento importante per il processo terapeutico e per la sua evoluzione verso il cambiamento, consiste nel considerare che le nostre memorie incarnate e, di conseguenza, i nostri Schemi Emotivi Interpersonali sono sempre correlati alle nostre Motivazioni Primarie e ai nostri Bisogni di Base (Wish) che ogni persona cerca di soddisfare all'interno della relazione con l'Altro significativo.

Da questi bisogni di base e dalla modalità in cui questi bisogni vengono soddisfatti oppure non soddisfatti, all'interno della relazione primaria con i caregivers, derivano delle Immagini Nucleari che la persona tende ad avere di Sé, dell'Altro e della sua Relazione con l'Altro e con il mondo esterno. Tali Immagini e/o Credenze, inoltre, tendono ad influenzare e a determinare non solo le azioni e i comportamenti della persona ma, al tempo stesso, tenderanno ad influenzare anche le reazioni dell'Altro. Quanto sopra espresso contribuisce, dunque, a creare la Procedura dello Schema Emotivo Interpersonale che consiste, quindi, nell'attivazione di una procedura "Se... allora..." che serve a prevedere a quali condizioni tende a elicitarsi una determinata risposta.

In seguito a quanto sopra espresso, relativamente ai vari elementi di base che caratterizzano e che strutturano lo Schema Emotivo Interpersonale e considerando, inoltre, tale costruito in relazione alla storia di A., si potrebbe ipotizzare che quest'ultimo, innanzi a dei determinati stimoli e/o a delle determinate condizioni sia interne che esterne, presenta un'attivazione delle proprie memorie implicite, corporee, delle proprie "cognizioni incarnate" che derivano dalla tipologia di esperienze sensoriali ed emozionali vissute da questo all'interno della relazione primaria con le figure di attaccamento. Tali memorie contribuiscono, dunque, ad attivare, in maniera automatica e anacronistica, alcuni Schemi Emotivi, Sensoriali, Motori e Comportamentali di A. che rappresentano, quindi, come delle risposte difensive innanzi all'eventuale non soddisfacimento di determinati bisogni primari di questo (Wish) che sono collegati ad alcune immagini nucleari che questo ha di sé stesso. Tutto ciò, contribuisce, dunque, a determinare i così detti Traumi di Attaccamento e/o le Ferite dell'Inter-Soggettività. L'attivazione dei vari Schemi determina, a sua volta, in A. una condizione

di Disregolazione Emotiva e Sensoriale caratterizzata, probabilmente, da un Aumento del proprio Livello di Arousal; per cui, di conseguenza, A. tende ad attivare delle Risposte Affettive e tende a mettere in atto degli Schemi Comportamentali Difensivi come, ad esempio, la Dissociazione, l'Isolamento, l'Evitamento, la Razionalizzazione e/o gli stessi Comportamenti Compulsivi che possono risultare sicuramente disfunzionali ma, al tempo stesso, hanno, però, per questo una funzione adattiva e la funzione, inoltre, di Ri-equilibrare il proprio Livello di Arousal e cercare, quindi, di Autoregolarsi.

Tale condizione, indica anche la presenza in A. di una dissociazione e di una disconnessione tra le parti e/o gli stati del proprio sé e, ad un livello neurofisiologico e neuropsicologico, tende ad indicare anche una disconnessione intra-corticale e, dunque, una disconnessione tra aree cerebrali e neuronali e una disconnessione tra aree sovracorticali e sottocorticali come, ad esempio, una disconnessione tra il funzionamento del Sistema Nervoso Simpatico e il funzionamento del Sistema Nervoso Parasimpatico. Inoltre, quando tratteremo, successivamente, il DBR si vedrà come tale disconnessione interessa anche alcune aree del mesencefalo e, nello specifico, tale disconnessione si osserva, principalmente, tra il Collicolo Superiore e il Grigio Periacqueduttale (PAG).

In relazione a quanto sopra espresso, si è ipotizzato, dunque, di utilizzare il lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale con A., proprio per cercare di comprendere meglio il funzionamento di questo e cercare, quindi, di comprendere quale tipologia di Schema Emotivo Interpersonale il paziente possiede; tutto ciò, inoltre, è fondamentale per comprendere come tale Schema tende ad influenzare la visione del mondo di A. e, dunque, la percezione che questo ha di sé stesso, dell'Altro e della sua relazione con l'Altro e come, a sua volta, tale visione tende ad influenzare le risposte degli altri nei propri confronti.

Nel lavoro terapeutico con A. sullo Schema Emotivo Interpersonale si è pensato di utilizzare diversi Compiti Terapeutici e diverse Tecniche sia di tipo Top-Down che Bottom-Up che cercano di tenere sempre in considerazione le varie Fasi del Ciclo del Contatto.

Nelle fasi iniziali, infatti, di Pre-Contatto e/o di Avvio al Contatto si è cercato, ad esempio, di lavorare con il paziente sempre attraverso il Compito Terapeutico Relazionale cercando, dunque, di consolidare con questo sempre più un clima di fiducia, di lealtà e di trasparenza basato sulla Conferma Empatica, sull'Accettazione Incondizionata e sulla Congruenza. In queste prime fasi si è cercato, inoltre, di lavorare anche con A. sul Processo di "Doppia Focalizzazione", in quanto, gli è stato chiesto di soffermarsi, nel qui ed ora, in maniera Consapevole, Intenzionale e Non Giudicante su ciò che prova, su ciò che sente a livello emotivo, corporeo, sensoriale; gli è stato chiesto di provare a soffermarsi sulle proprie reazioni emotive, sensoriali, corporee, motorie e cognitive (Schemi) che tendono ad attivarsi implicitamente, automaticamente e anacronisticamente in relazione a determinati stimoli che, possibilmente, tendono a richiamare e a riattivare in lui delle determinate memorie traumatiche ma, al tempo stesso, però, viene anche rimandato ad A. di essere in un contesto protetto

in cui questo può avere la possibilità di fidarsi e affidarsi. Tale processo, inizialmente, è avvenuto attraverso l'utilizzo di Tecniche di tipo Top-Down che, tra l'altro, tendono a richiamare l'utilizzo di canali e di Livelli di Esperienza privilegiati per il paziente come, ad esempio, il Livello Cognitivo-Verbale e quello Immaginario; a seguito di quanto espresso, sono state, dunque, utilizzate Tecniche di Immaginazione Guidata, brevi sessioni di Mindfulness Passiva [28] [29], Video Modeling [30] e, infine, come accennato precedentemente, hanno avuto un ruolo ed un'influenza importante in A. anche alcune sessioni terapeutiche dedicate all'ascolto, da parte di questo, di alcune storie lette e narrate dagli operatori come, ad esempio, la storia del Mago di Oz [31]. Tutti i suddetti strumenti hanno contribuito a far sì che A., poco a poco, iniziasse a sintonizzarsi e ad attenzionare in maniera intenzionale, non giudicante e, soprattutto, ancorato nel qui ed ora, le proprie sensazioni ed emozioni che questo ha sempre cercato di allontanare e di dissociare generando, dunque, così la creazione di diversi stati e/o parti scisse del proprio Sé. Inoltre, quanto sopra espresso, ha contribuito ad iniziare a riattivare in A. le proprie memorie implicite, incarnate e, al tempo stesso, ha contribuito a ri-attivare in questo il proprio Schema Emotivo Interpersonale.

In un secondo momento, avvicinandosi sempre più ad una Fase di Contatto Pieno, all'interno della relazione terapeutica con il paziente, al fine di comprendere meglio e in maniera condivisa lo Schema di questo e per cercare, inoltre, di determinare, nel qui ed ora, una maggiore ri-attualizzazione ed esplicitazione di tale Schema Interpersonale, si è pensato di utilizzare alcune Tecniche di tipo Bottom-Up; ci si riferisce, ad esempio, alla Mindfulness Attiva che ha permesso di entrare nella relazione con A. attraverso l'utilizzo e l'integrazione di altri canali e/o Livelli dell'Esperienza differenti, come il Livello Sensorio e il Livello Corporeo che, poco a poco, A. ha iniziato, sempre più, ad apprezzare come canali di conoscenza e di esplorazione sia del mondo circostante che del proprio mondo interno.

Inoltre, si è pensato di utilizzare anche la Tecnica della Drammatizzazione e/o del Role Play [32], proprio per cercare di lavorare con A. anche attraverso l'utilizzo di un canale e/o di un Livello prettamente Emotivo; si è ritenuto fondamentale, infatti, utilizzare tale tecnica per far sì che il paziente, attraverso la messa in scena di determinate situazioni (attivanti) che rispecchiano la quotidianità e attraverso, inoltre, l'interpretazione e/o il "mettersi nei panni" di determinati personaggi di una storia, potesse avere la possibilità di sperimentarsi all'interno di quelle esperienze di vita che tendono ad attivare in lui delle specifiche memorie traumatiche. Tutto ciò, inoltre, ha lo scopo di permettere ad A. anche di indentificarsi con le caratteristiche fisiche, sensoriali ed emotive dei personaggi interpretati e fare in modo, quindi, che questo può, a sua volta, sempre più iniziare a contattare le proprie sensazioni, le proprie emozioni e, soprattutto, i propri bisogni divenendone, così, maggiormente consapevole; ciò contribuisce, a sua volta, ad acquisire anche consapevolezza dei propri Schemi Emotivi Interpersonali che tendono a influenzare la propria vita e il proprio modo di stare al mondo, imparando, infine, anche a sapersi maggiormente autoregolare emotivamente in maniera funzionale.

Nello specifico, dunque, si è pensato di far partecipare A., insieme ad un gruppetto

ristretto di altri ragazzi frequentanti anch'essi il Centro Diurno, alla Drammatizzazione della Storia del Mago di Oz; l'idea di mettere in scena questo racconto, nasce dai vari simbolismi molto importanti che proprio la storia del Mago di Oz contiene, soprattutto relativamente alle caratteristiche emotive, cognitive, sensoriali e alle caratteristiche di personalità dei vari personaggi presenti nella storia. Facendo, infatti, una breve premessa utile a comprendere meglio le ragioni della suddetta scelta, si ricorda che il Mago di Oz è una storia in cui la protagonista viene, improvvisamente, catapultata lontano dalla propria casa e dai propri affetti più cari e si trova ad intraprendere un viaggio, insieme ad altri personaggi, durante il quale questa deve superare degli ostacoli. I vari personaggi, dunque, possono simbolizzare o alcuni tratti del proprio carattere oppure alcune parti del proprio Sé più o meno scisse e, inoltre, gli stessi personaggi possono anche rappresentare i vari ostacoli e le avversità con cui ci si confronta lungo il percorso della propria vita.

Dunque, come il Regno di Oz può simbolizzare quel luogo intimo dove ogni uomo rielabora le proprie esperienze di vita personali, così, si cerca di ricreare, attraverso la drammatizzazione, quel tempo e quello spazio che possa permettere ad A. di confrontarsi con quelle esperienze che nella vita quotidiana tendono a determinare in lui stati sensoriali ed emotivi che provocano in questo l'attivazione di Schemi Emotivi, Cognitivi, Motori e Comportamentali automatici e anacronistici che A. mostra difficoltà a regolare e che tendono, a loro volta, ad influenzare il raggiungimento e il soddisfacimento in questo dei propri bisogni e dei propri obiettivi nella vita. Tutto ciò, dunque, ha lo scopo di fare in modo che A. possa divenire maggiormente consapevole dei propri Schemi e delle parti scisse del proprio Sé e possa, poco a poco, divenire maggiormente in grado di autoregolare le proprie emozioni e le proprie sensazioni integrando, quindi, le parti sane del proprio sé. Infine, l'esperienza della drammatizzazione si pone come obiettivo la possibilità che A. possa divenire maggiormente consapevole dei propri bisogni (Wish) che stanno alla base dei propri Schemi Emotivi Interpersonali e che sono correlati all'immagine nucleare del proprio Sé e fare in modo che questo possa, poco a poco, apprendere ed acquisire, anche attraverso l'identificazione con le parti sane ed eroiche dei personaggi interpretati, tutte quelle capacità, quegli strumenti, quelle strategie e quei comportamenti utili per iniziare ad attivarsi, nel qui ed ora, al fine di soddisfare responsabilmente tutti i propri bisogni. Quanto sopra espresso rappresenta ciò che nel lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale viene definito "Shift" e, dunque, cambiamento all'interno della relazione terapeutica, in quanto, ci si propone che il paziente possa acquisire non solo una maggiore consapevolezza dei propri processi emotivi, sensoriali, cognitivi e comportamentali automatici ma anche acquisire un maggiore senso di autoefficacia nell'imparare ad autoregolarli; inoltre, attraverso l'esperienza della relazione terapeutica, divenire maggiormente consapevole dei propri bisogni di base ed esperire la possibilità di attivarsi, attraverso la messa in atto di nuove strategie comportamentali che sono funzionali per poterli concretamente realizzare (Completamento dell'Azione Interrotta).

Prima di utilizzare, insieme ad A., la Tecnica del Role Play provando, dunque, a

drammatizzare la storia del Mago di Oz con la presenza degli altri compagni del centro diurno, è stato chiesto ad A. di scegliere liberamente il personaggio del racconto che questo aveva voglia di interpretare; inizialmente, si è pensato che A. scegliesse di identificarsi con il personaggio dell'uomo di latta che rappresenta un personaggio che desidera poter avere un cuore, in quanto, rappresenta l'incapacità dell'uomo di amare e l'incapacità di possedere e coltivare delle determinate passioni e interessi. A., invece, ha stupito tutti nel momento in cui questo ha, invece, scelto di voler interpretare Dorothy che rappresenta la protagonista del racconto.

Tale scelta, dunque, ci ha permesso di comprendere come, in realtà, A. non tende, dunque, ad identificarsi con un'immagine di sé priva di sensazioni, di emozioni e che mostra difficoltà nel provare sentimenti all'interno della relazione con l'altro e, inoltre, questo non sembra mostrare una vera e propria povertà di valori e di sogni in cui credere nella vita; ma, in realtà, A. tende, invece, ad identificarsi con il personaggio di Dorothy che, all'inizio della storia, pare essere una persona molto debole, insicura e spaventata da tutto ciò che non conosce ma, successivamente, questa partirà per la città di Smeraldo, insieme ai suoi amici che simbolicamente rappresentano parti del proprio sé e, all'interno di questa città, Dorothy sarà in grado di ritrovare, prima di tutto, sé stessa divenendo consapevole non solo delle proprie parti fragili e dei propri limiti (Schemi), ma divenendo consapevole anche delle proprie risorse e potenzialità che questa tende, inoltre, ad utilizzare per superare i vari ostacoli che le si presentano trovando la forza per uscirne e per crescere, ulteriormente, divenendo più coraggiosa e più sicura di sé. La città di Smeraldo, inoltre, simbolicamente rappresenta il "luogo della coscienza, della consapevolezza" e il "luogo della rigenerazione", dove Dorothy, rielaborando le proprie esperienze e le avventure della propria vita, tende ad arricchirsi e ad arricchire il proprio Sé (Integrazione delle parti del Sé e Assimilazione delle Esperienze vissute attraverso la Funzione Personalità-Tendenza Attualizzante).

Tornando, dunque, al lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale, inizialmente, attraverso la Drammatizzazione e il Gioco di Ruolo, A. si è trovato ad identificarsi con le parti fragili, impaurite e insicure del personaggio di Dorothy e tutto ciò, probabilmente, ha contribuito ad attivare in lui quelle memorie implicite e quegli Schemi Emotivi, Sensoriali, Cognitivi, Motori e Comportamentali che lo caratterizzano e che questo tende a riattualizzare in maniera automatica e anacronistica nella quotidianità. Tale processo, dunque, ha sicuramente contribuito a far sì che A. divenisse maggiormente consapevole dei propri Schemi ma, al tempo stesso, ciò ha permesso ad A. di prendere contatto con le proprie emozioni e sensazioni e provare "a stare in questo contatto", provare "a stare con il proprio dolore, con la propria sofferenza" senza sentirsi completamente sopraffatto e annientato da tale dolore. A. sembra, dunque, iniziare a riuscire, poco a poco, a tollerare sempre più quelle emozioni e quelle sensazioni che sono strettamente connesse alle proprie "memorie e/o cognizioni incarnate", sembra essere maggiormente in grado di accettarle e di integrarle al proprio Sé (Finestra di Tolleranza) e sembra, inoltre, essere, poco a poco, sempre più in grado di integrare queste parti sane del proprio Sé anche all'interno della relazione con

l'Altro. Tutto ciò, permette ad A. di acquisire, man mano, una maggiore capacità di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale, Motoria e Comportamentale che tende ad aumentare in questo il proprio senso di Autoefficacia.

Successivamente, continuando la drammatizzazione della storia, nel momento in cui, invece, A. tende ad identificarsi con i punti di forza e le potenzialità del personaggio di Dorothy, si osserva come questo sembra divenire, man mano, sempre più consapevole dei propri bisogni (Wish) che, probabilmente, non hanno ottenuto il giusto soddisfacimento all'interno delle relazioni primarie con le proprie figure di attaccamento; questi bisogni e/o motivazioni stanno, dunque, alla base dei propri Schemi e sono correlati all'immagine nucleare che A. ha di Sé stesso, dell'Altro e della relazione con l'Altro. All'interno dei nostri lavori si è potuto riscontrare come sembrano emergere diversi bisogni e/o motivazioni in A. che, a loro volta, innescano e determinano la Procedura "Se...allora" dei propri Schemi.

Innanzitutto, A. sembra manifestare un "Bisogno di Attaccamento" e, cioè, il bisogno di sentirsi amato, compreso, accettato e riconosciuto dalle proprie figure primarie di attaccamento; tale bisogno, probabilmente, non essendo stato pienamente soddisfatto all'interno delle proprie relazioni primarie, possibilmente ha innescato in A. delle Risposte Affettive e Difensive che, perpetuate e riattualizzate nel tempo, in maniera anacronistica, si sono trasformate in Meccanismi di Resistenza e di Interruzione del Contatto che questo ha imparato ad utilizzare per poter sopravvivere e poter riuscire a stare nel mondo. Il "Bisogno di Attaccamento" (Wish) di A., probabilmente, ha anche innescato la Procedura dello Schema Emotivo Interpersonale che consiste nel *"Se provo a contattare e ad esprimere le mie sensazioni, le mie emozioni e i miei bisogni ... allora, probabilmente, l'Altro non sarà in grado di comprendermi, di accettarmi e di soddisfare a pieno i miei bisogni e le mie richieste"*.

Successivamente, nel corso del lavoro con il paziente e, all'interno della relazione terapeutica con questo, sembra emergere un altro bisogno che consiste nel "Bisogno di Esplorazione, di Autonomia e di Agency" da parte di questo. Probabilmente, nel corso dello sviluppo di A. anche questo bisogno non sembra aver avuto il giusto soddisfacimento innescando, dunque, un'ulteriore Procedura dello Schema che consiste nel *"Se provo ad essere Autonomo e ad Auto-Affermarmi ... allora è possibile che fallisco e che non riesco a soddisfare i miei bisogni e vengo, nuovamente, sopraffatto dalle mie emozioni e dalle mie sensazioni intense e alienanti"*.

Infine, dal lavoro con A., dalle sue espressioni ma soprattutto dal suo non verbale, sembra emergere un ulteriore bisogno che consiste proprio nel "Bisogno di Sentirsi Parte e di Essere Incluso all'interno di un Gruppo di Pari normotipici e/o che hanno un funzionamento simile al suo"; probabilmente, le difficoltà e le resistenze che A. trova in sé stesso ma anche nell'Altro, durante i pochi e sporadici tentativi di soddisfare tale bisogno, hanno possibilmente innescato in questo un'ulteriore Procedura del suo Schema Emotivo che consiste nel *"Se provo ad avvicinarmi e ad entrare in Contatto e/o in Relazione con l'Altro ... allora è possibile che vengo rifiutato, non accettato e posso provare grande dolore e sofferenza"*.

Come accennato precedentemente, tutte le suddette Procedure che strutturano gli

Schemi Emotivi Interpersonali di A., hanno contribuito a far sì che questo utilizzasse delle Risposte Affettive e Difensive che, con il trascorrere del tempo, sono diventate automatiche e anacronistiche e tendono, dunque, ad essere disfunzionali perché determinano il comportamento di A. ma, al tempo stesso, influenzano le reazioni degli altri nei suoi confronti. Tra i vari Meccanismi di Interruzione al Contatto, come abbiamo già affermato, vi sono, dunque, la Desensibilizzazione, la Confluenza, l'Introiezione, l'Isolamento, la Razionalizzazione, l'Annullamento Retroattivo, ecc. Si potrebbe, inoltre, ipotizzare che tali Meccanismi di Interruzione al Contatto che stanno alla base delle Risposte Emotive, Sensoriali, Motorie, Comportamentali disfunzionali del paziente sono, a loro volta, correlati alla Procedura *“Se mi sento agitato e provo delle sensazioni e delle emozioni forti e intense ... allora devo mettere in atto delle risposte e dei comportamenti come, ad esempio, la compulsione di lavarmi continuamente affinché io possa, così, calmarmi e rasserenarmi”*.

A seguito di quanto espresso, il Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale, attraverso l'utilizzo della Drammatizzazione ma, soprattutto, attraverso l'Esperienza Riparativa della Relazione Terapeutica, ha permesso, dunque, ad A. di riconoscere e di identificarsi, in un primo momento, con le parti sane, le risorse e le potenzialità del personaggio di Dorothy e, successivamente, ciò ha permesso a questo di identificare, di riconoscere e di integrare le parti sane del proprio Sé. L'obiettivo di questo lavoro, infatti, consiste proprio nella possibilità che A. possa riuscire a divenire maggiormente consapevole sia degli stati emotivi dell'Altro che questo, comunque, ha sempre manifestato di essere in grado di cogliere, di comprendere e anche di nominare; ma, soprattutto, lo scopo fondamentale del suddetto lavoro, è proprio quello di far sì che il paziente possa divenire maggiormente consapevole dei propri Processi Emotivi e Sensoriali e possa, inoltre, all'interno e attraverso la Relazione Terapeutica, imparare a Identificare/Nominare, a Elaborare/Significare e, infine, possa imparare ad Espri- mere i propri Stati Emotivi e Sensoriali acquisendo, dunque, una maggiore capacità di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale, Motoria e Comportamentale secondo quella che rappresenta la Teoria dell'Affettività Mentalizzata. Tutto ciò, a sua volta, è fondamentale affinché A. possa acquisire una maggior fiducia in sé stesso e un maggiore senso di Autoefficacia e di Empowerment e, al tempo stesso, è fondamentale affinché questo possa imparare *“a sentirsi e a percepirsi in maniera integrata per riuscire a sentire e a modularsi all'interno della relazione con l'Altro”*.

Il Lavoro sullo Schema è, inoltre, importante al fine di permettere al paziente di divenire maggiormente consapevole dei propri Schemi Emotivi Interpersonali e dei propri bisogni e/o motivazioni che stanno alla base di questi Schemi e fare in modo che questo, attraverso le nuove esperienze sensoriali, corporee, emotive, cognitive e comportamentali che tende a sperimentare (Tecniche di Esposizione), all'interno della relazione terapeutica, possa riuscire, man mano, a dis-confermare i propri Schemi Emotivi Interpersonali disfunzionali precedenti; tutto ciò, a sua volta, è fondamentale affinché A. possa acquisire e apprendere nuove Risposte Affettive e Difensive e nuove Strategie Comportamentali funzionali che gli possano permettere, così, di iniziare ad *“agire responsabilmente”* per soddisfare i propri bisogni all'interno

del proprio Piano di Vita Personale cercando, quindi, di Autodeterminarsi e di Auto-affermarsi.

Quanto sopra espresso, contribuisce, dunque, a determinare il “cambiamento”, lo “Shift” in Terapia e ci si augura profondamente che A. possa fare tesoro di tali esperienze relazionali riparative per creare connessione tra gli eventi della propria vita e per creare connessione tra le parti del proprio Sé, riuscendo come a “trovare la strada verso Sé stesso” ritrascrivendo la propria storia (Rescripting).

Alla fine di ogni lavoro, spesso, in una Fase di Post-Contatto, ci si è proposti di utilizzare con il paziente nuovamente alcune Tecniche di tipo Top-Down, proprio per far sì che questo, prima di finire i suoi lavori, possa intenzionalmente provare ad attribuire un Nome, un'Immagine e/o un Senso all'Esperienza Emotiva, Corporea, Sensoriale, Motoria, Comportamentale e Relazionale appena vissuta; oppure, dopo ogni lavoro, A. può anche essere libero di esprimere semplicemente il proprio stato fisico ed emotivo, nel qui ed ora (Compito Terapeutico Narrativo). Tutto ciò, è sicuramente importante per contribuire a far sì che A. possa “assimilare ed integrare” le esperienze vissute al proprio Sé, facendole, dunque, sedimentare arricchendo così, ulteriormente, il proprio mondo interno (Funzione Personalità).

In questo paragrafo, quindi, si è cercato di spiegare l'importanza del Lavoro sullo Schema Emotivo Interpersonale adattato al caso specifico di A. e si è cercato di evidenziare quelli che possono essere considerati i primi risultati importanti ottenuti all'interno di questo lavoro così complesso che, sicuramente, sarà portato avanti e sperimentato ulteriormente nel corso del lavoro terapeutico con il paziente.

Nel paragrafo successivo, verrà trattata un'altra tematica molto importante che tiene conto della possibilità di utilizzare, nella relazione riabilitativa e di cura con A., un'altra Tipologia di Intervento Integrato, Sicuro ed Innovativo come il DBR e, come accennato precedentemente, ci si propone, inoltre, di provare ad intergere questa Tipologia di Trattamento con l'Approccio Terapeutico ASI di Integrazione Sensoriale e l'Approccio Gestaltico Integrato.

2.2. Il DBR - Deep Brain Reorienting e l'integrazione con l'approccio ASI e la Gestalt

In questo paragrafo si cercherà, quindi, di ipotizzare come il DBR può essere utilizzato nel trattamento di quelle probabili “Ferite di Attaccamento” che caratterizzano la storia di A.

Prima di addentrarsi nella specificità dell'utilizzo di tale tipologia di intervento nella relazione terapeutica con il paziente, si ritiene opportuno identificare e specificare quelli che rappresentano i Concetti Base, la Neurobiologia e la Metodologia del Trattamento con il DBR.

Il Deep Brain Reorienting (DBR) rappresenta una Psicoterapia del Trauma anche se tende a trattare non soltanto i traumi e consiste, principalmente, in una Tecnica di tipo Bottom-Up, in quanto, si propone di iniziare da una stimolazione sottocorticale per, poi, giungere ad un cambiamento dei centri corticali superiori. Il DBR si propone,

dunque, di agire direttamente sui precursori tensivi dell'attività traumatica basandosi sull'utilizzo di una Sequenza OTA'S che rappresenta la base di tale tipologia di Approccio Clinico.

Questa tipologia di trattamento nasce con Frank Corrigan e si propone, dunque, di trattare, principalmente, i "Traumi e/o le Ferite di Attaccamento, dell'Intersoggettività" intervenendo in sicurezza, in profondità e molto più velocemente su quadri clinici molto complessi come, ad esempio, i Disturbi Dissociativi.

È fondamentale cercare di comprendere la Neurofisiologia del DBR e la sua evoluzione, in quanto, tale tipologia di trattamento tende a spiegare il Trauma secondo una Prospettiva Neurobiologica e Neurofisiologica.

La considerazione della suddetta ipotesi di trattamento non può prescindere assolutamente dal tenere in considerazione e dal rifocalizzarsi su quello che rappresenta il Profilo Sensoriale di A.; ciò permette, inoltre, di ipotizzare, ancora una volta, la possibilità di utilizzare una tipologia di intervento che tende ad integrare diversi Approcci Teorici e Metodologici come, ad esempio, l'Approccio Terapeutico ASI relativo all'Integrazione Sensoriale e la Terapia DBR, tenendo, a sua volta, sempre in considerazione un'ottica Gestaltico Integrata e le varie Fasi del Ciclo del Contatto.

Per cui, come già affermato precedentemente, A. sembra presentare un Profilo Sensoriale caratterizzato da una condizione di Iper-Reattività Tattile; questo, infatti, sembra essere particolarmente sensibile e intollerante nei confronti di diversi stimoli tattili e sembra, inoltre, non riuscire a tollerare il "Tocco" dell'Altro. A., infatti, innanzi alla presenza di determinati stimoli e/o esperienze di tipo tattile che questo tende a percepire come imprevedibili, sgradevoli e/o avversive e, inoltre, in relazione ad una determinata tipologia di prossemica e/o a un'eccessiva e improvvisa vicinanza fisica da parte dell'Altro nei suoi confronti, questo sembra manifestare delle Risposte Affettive di paura e di terrore che lo spingono ad attivare delle "Difese Tattili" come, ad esempio, il lavarsi continuamente le mani e/o parti del corpo oppure assumere dei Comportamenti Difensivi di Fuga e/o di Evitamento. Come già accennato precedentemente, queste Risposte Difensive permettono ad A. di ridurre i propri elevati Livelli di Arousal e rappresentano dei tentativi disfunzionali da parte di questo di ripristinare il proprio equilibrio neurofisiologico e di autoregolarsi, cercando di sopravvivere e di adattarsi alle varie esperienze che fanno parte della propria routine quotidiana.

Attraverso il Trattamento ASI che promuove il raggiungimento di un Processo di Integrazione Sensoriale, come accennato precedentemente, si è cercato, inizialmente, soprattutto all'interno di una Fase di Pre-Contatto, di esporre progressivamente il paziente ad alcune esperienze sensoriali tattili attraverso l'utilizzo del Gioco e dei Laboratori di Cucina e di Pittura; inoltre, attraverso ciò che in Gestalt viene considerato come una sorta di Gioco Figura/Sfondo e attraverso ciò che, invece, secondo i Principi dell'ABA viene definita come un'associazione stimolo-stimolo-pairing, si è cercato di coinvolgere A. in attività che tendono ad essere per lui altamente motivanti e gradite, in quanto, sono attività che stimolano i canali sensoriali preferiti dal paziente come, ad esempio, il canale vestibolare e quello propriocettivo. A., infatti, gradisce molto muoversi velocemente nello spazio senza un'apparente finalità, gradisce molto

fare esercizi psico-motori in Palestra e gradisce ascoltare la musica. Per cui, all'interno di alcune sessioni di terapia, nel momento in cui, vengono messe in figura le attività e le esperienze preferite di A. e si cerca di coinvolgerlo in queste attività che stimolano altri canali sensoriali per lui altamente motivanti; ci si propone, al tempo stesso, di continuare a stimolare, contemporaneamente, sullo sfondo il canale sensoriale tattile del paziente sottoponendolo, dunque, a degli stimoli tattili a lui poco graditi come, ad esempio, il provare a ridurre la prossemica nei suoi confronti, provare a sfiorare le sue mani, le sue braccia sino ad arrivare, infine, a poterlo abbracciare senza che questo possa provare disagio e/o fastidio. In questo modo, dunque, lo stimolo tattile avversivo presentato ad A. tende a rimanere un po' più sullo Sfondo rispetto agli stimoli a lui graditi che, invece, vengono simultaneamente messi in Figura e, al tempo stesso, questo processo permette ad A. di sperimentare e di apprendere delle esperienze nuove che gli permettono, quindi, di interfacciarsi e di esporsi in maniera diversa e in modo progressivo agli stimoli avversivi (Saturazione e/o Inibizione Sensoriale). Tutto ciò, permette, quindi, di ridurre, man mano, l'iper-sensibilità e l'eccessiva reattività del paziente nei confronti degli stimoli tattili che, grazie a questo Processo di Integrazione, è come se venissero, poco a poco, reintegrati da A. a livello sensoriale diventando maggiormente tollerabili e accettabili da parte di questo.

A seguito di quanto sopra espresso, visto che la componente sensoriale tende ad essere fondamentale anche nel trattamento con il DBR, in quanto, il Collicolo Superiore è considerato come il "centro di ricezione e di integrazione dei vari stimoli (input) sensoriali" che provengono dalla corteccia e dalla neurocorteccia cerebrale; visto, inoltre, che in relazione "a come la persona sente", durante le esperienze primarie della propria vita, questa tende, successivamente, a registrare delle memorie implicite, sensoriali e corporee che determineranno automaticamente in questa il modo di attribuire un significato alle cose e determina, inoltre, l'emissione di determinate risposte affettive e difensive. A seguito di tutto ciò, quindi, si è ipotizzata la possibilità di affiancare al Trattamento ASI di Integrazione Sensoriale anche l'utilizzo del DBR con il paziente, proprio per cercare di intervenire nei confronti di questo ad un livello ancora più profondo attraverso un processo di ri-orientamento cerebrale rispetto alle proprie eventuali memorie traumatiche e rispetto, dunque, a tutti quegli stimoli e a tutte quelle esperienze che interessano soprattutto i canali tattili ma anche quelli visivi che questo tende a considerare come spiacevoli e avversivi. Si ipotizza, infine, la possibilità che tale tipologia di intervento sopra espresso possa avvenire, a sua volta, sempre all'interno di una cornice Gestaltico Integrata che tiene conto delle Fasi del Ciclo del Contatto.

Considerando il caso di A. e considerando quanto sopra espresso, in merito al profilo sensoriale di questo caratterizzato dalla possibile presenza di un'iper-reattività tattile, tende ad emergere anche una riflessione importante sull'importanza che il sistema del "tatto" tende ad avere, insieme al sistema vestibolare e propriocettivo, nello sviluppo e nell'integrazione di tutti gli altri sistemi sensoriali, emotivi, cognitivi e motori del bambino. Il "Tocco", infatti, rappresenta ciò che più veicola i messaggi di socialità

e di affettività, all'interno della relazione primaria di attaccamento tra la madre e il bambino. Si parla, infatti, del "tocco che nutre", proprio perché il con-tatto tra la madre e il bambino, nei primi anni di vita, è fondamentale per soddisfare i bisogni affettivi del bambino; quest'ultimo, inizialmente, è incapace di autoregolarsi ed è attraverso la relazione e il con-tatto con il caregiver, il quale funge da regolatore, che il bambino si calma. Successivamente, dunque, in relazione alle caratteristiche di tale relazione di attaccamento, il bambino riuscirà o meno ad acquisire, nel tempo, tutte quelle competenze che gli permetteranno di Autoregolarsi su più livelli e, dunque, ad un livello emotivo, sensoriale, motorio, cognitivo e comportamentale. Il "Tocco", dunque, rappresenta la prima forma di comunicazione tra il bambino e il caregiver ed è fondamentale per la strutturazione delle basi relative alle prassie e allo schema corporeo e, inoltre, è fondamentale per lo sviluppo, come abbiamo visto precedentemente, delle capacità sociali, relazionali ed emotive.

Per quanto riguarda A., probabilmente, la sua storia di attaccamento con la figura primaria è stata contrassegnata da esperienze tattili e sensoriali che, possibilmente, per le loro caratteristiche sia qualitative che quantitative come, ad esempio, la frequenza, l'intensità e la prevedibilità/irruenza del tocco e del cont-tatto, queste non sono state in grado di soddisfare a pieno il "bisogno primario di attaccamento" di A., all'interno della relazione con il caregiver; per cui, considerando anche una tipologia di trattamento integrato con il DBR, queste esperienze sensoriali pregresse, possibilmente, hanno contribuito a generare nel paziente una continua ed elevata attivazione nell'Area del Mesencefalo e, nello specifico, negli strati profondi del Collicolo Superiore e tale attivazione ha determinato la registrazione di memorie implicite, sensoriali e corporee. Innanzi, dunque, a dei determinati stimoli e/o esperienze sensoriali che A., ad un livello corticale, tende a percepire come sgradevoli e/o avverse, queste memorie traumatiche tendono, a loro volta, ad attivarsi automaticamente e anacronisticamente, generando in questo delle Tensioni di Orientamento. Le Tensioni di Orientamento, a loro volta, contribuiscono ad attivare automaticamente nel paziente delle Risposte Affettive e Difensive attraverso l'attivazione del PAG ma anche attraverso l'attivazione del Sistema Limbico e del Sistema Nervoso Simpatico; queste risposte, dunque, come osservato precedentemente, tendono ad essere per A. disfunzionali ma, al tempo stesso, gli permettono di sopravvivere alle esperienze vissute, di adattarsi e, soprattutto, permettono a questo di non sentirsi sopraffatto dalle proprie sensazioni e dai propri affetti.

Come osservato precedentemente, è possibile, dunque, che le esperienze sensoriali, soprattutto di tipo tattile, vissute da A., nei primi anni della propria vita, abbiano creato in questo un Blocco nella Fase Sensazione del Ciclo del Contatto, generando e registrando delle memorie traumatiche negli strati profondi del Collicolo Superiore di questo; tali memorie, probabilmente, hanno contribuito a strutturare in lui un Profilo Sensoriale caratterizzato, quindi, da una condizione di Iper-Reattività Tattile, per cui, A. ha imparato ad utilizzare, automaticamente e anacronisticamente, delle Difese Tattili, delle Risposte Difensive e degli Schemi Comportamentali specifici e disfunzionali che hanno, però, per questo la Funzione di abbassare i propri livelli di Arousal

e cercare, dunque, di ripristinare il proprio equilibrio neuro-psico-fisiologico. Ciò richiama la tematica espressa nel paragrafo precedente, in quanto, tende ad evidenziare come il processo di Autoregolazione Emotiva, Sensoriale, Motoria, Cognitiva e Comportamentale del paziente è associato e determinato dalla messa in atto automatica di Risposte di Difesa da parte di questo che vengono, dunque, attivate tramite il PAG e tali Risposte Affettive e Difensive tendono proprio a richiamare il concetto precedente di Schema Emotivo Interpersonale.

A seguito di tutto ciò, si è ipotizzata, dunque, la possibilità di utilizzare con A. anche il DBR, proprio per cercare di provare ad orientare questo verso un processo di maggiore consapevolezza del proprio Sé, del proprio corpo, delle proprie sensazioni corporee e dei propri affetti e, inoltre, per cercare di promuovere in questo un processo di ristrutturazione profonda di alcune aree cerebrali e neuronali nei confronti di quei stimoli e di quelle specifiche esperienze attivanti che sono vissute dal paziente come traumatiche.

Da qui, dunque, si è ipotizzata la possibilità di applicare le varie Fasi Metodologiche del DBR nella relazione terapeutica con A. considerando, inoltre, le suddette fasi in relazione e in corrispondenza alle Fasi di un Macro-Ciclo del Contatto in Gestalt.

L'Applicazione Metodologica del DBR, infatti, prevede la presenza di 5 Fasi e se proviamo a considerare queste Fasi in corrispondenza alle Fasi di un Macro-Ciclo del Contatto, all'interno della Relazione Terapeutica, si potrebbe ipotizzare, dunque, che le Prime 2 Fasi del DBR che consistono nella Fase di Introduzione (Scelta del Tema e/o dello Stimolo Trigger) che rappresenta una Fase, principalmente, più di Tipo Top-Down e la Fase di Preparazione (Radicamento e il Pulire la Lavagna) potrebbero essere associate ad una Fase di Pre-Contatto, all'interno di un setting terapeutico Gestaltico Integrato; la Terza Fase di Identificazione della Sequenza OTA potrebbe essere corrispondente alla Fase di Avvio al Contatto; la Quarta Fase di Elaborazione e di Orientamento verso la Consapevolezza (Seeking) nel DBR potrebbe, invece, corrispondere alla Fase del Contatto Pieno nella relazione tra paziente e terapeuta e rappresenta una Fase caratterizzata da un processamento più di Tipo Bottom-Up; infine, la Quinta Fase Conclusiva (Chiusura e Acquisizione di una Nuova Prospettiva da parte della persona), potrebbe coincidere con la Fase di Post-Contatto in Gestalt, caratterizzata dalla Funzione Personalità e rappresenta, quindi, come il ritorno ad un lavoro, nuovamente, più di Tipo Top-Down, in quanto, da parte della persona avviene un'assimilazione, una registrazione e un'integrazione dell'esperienza vissuta e il raggiungimento di un maggiore Livello di Consapevolezza del Cambiamento avvenuto.

Inoltre, all'interno di queste 5 Fasi Metodologiche della Terapia DBR, si potrebbe ipotizzare anche la presenza di un Micro-Ciclo del Contatto associato proprio alla Fase relativa al Processo di Identificazione della Sequenza OTA'S. Si potrebbe, infatti, ipotizzare che il momento in cui gli stimoli sensoriali arrivano dalla corteccia cerebrale ed entrano dagli strati superficiali sino agli strati profondi del Collicolo Superiore attivandolo e attivando, a loro volta, delle memorie implicite che tendono, dunque, a generare nella persona delle Tensioni di Orientamento, questo momento,

dunque, potrebbe corrispondere in Gestalt alla Fase Sensazione del Pre-Contatto. Il momento in cui, a seguito dell'attivazione del Collicolo Superiore, tende ad attivarsi anche il PAG determinando nella persona delle specifiche Risposte Affettive e Difensive, questo momento potrebbe, invece, corrispondere alla Fase di Avvio al Contatto in Gestalt, caratterizzata dalla Mobilizzazione Energetica e dall'Attivazione da parte della persona per affrontare l'Ambiente. Il momento del Seeking, invece, che rappresenta un Processo di Elaborazione e di Orientamento verso la Consapevolezza, potrebbe coincidere con la Fase di Contatto Pieno, in cui avviene un continuo Processamento di nuove Sequenze OTA e, dunque, una continua apertura e chiusura di nuove Gestalt. Infine, nel momento in cui si assiste ad un cambiamento definitivo della valenza del Seeking che da negativo assume una valenza positiva e avviene, dunque, un Ri-Orientamento Profondo del Collicolo Superiore e delle altre aree cerebrali e neuronali verso quegli stimoli e quelle memorie precedentemente vissute come traumatiche e, inoltre, nel momento in cui tende anche ad innescarsi un cambiamento positivo delle Risposte Affettive e Difensive nella persona; questo momento, dunque, ad esempio, potrebbe coincidere con la Fase di Post-Contatto che, attraverso la Funzione Personalità, determina nella persona un'Assimilazione dell'Esperienza vissuta favorendo un Processo di Crescita, di Autodeterminazione/Autoaffermazione e di Integrazione dell'Identità e del Sé nell'individuo.

Ci si propone di inserire, qui di seguito, due schemi riassuntivi che rendono ulteriormente intellegibile la correlazione tra le varie Fasi di Applicazione Metodologica del DBR e le corrispettive Fasi del Ciclo del Contatto in Gestalt (Macro-Ciclo e Micro-Ciclo), all'interno della Relazione Terapeutica. (Schema 1 e 2).

Schema 1

FASI METODOLOGICHE DEL DBR	FASI MACRO-CICLO DEL CONTATTO
1) Fase Introduzione 2) Fase Preparazione	Fase di Pre-Contatto
3) Identificazione della Sequenza OTA	Fase di Avvio al Contatto
4) Fase di Elaborazione (Seeking)	Fase di Contatto Pieno
5) Fase Conclusiva	Fase di Post-Contatto

Schema 2

IDENTIFICAZIONE SEQUENZA OTA'S	FASI MICRO-CICLO DEL CONTATTO
Fase di Attivazione del Collicolo Superiore e Orientamento verso lo Stimolo Trigger (Tensioni di Orientamento)	Fase di Pre-Contatto
Fase di Attivazione del PAG e delle specifiche Risposte Affettive e Difensive	Fase di Avvio al Contatto (Mobilizzazione Energetica)
Fase di Elaborazione e di Orientamento verso la Consapevolezza (Seeking)	Fase di Contatto Pieno
Fase di Ri-Orientamento Profondo del Cervello (Collicolo Superiore, Mesencefalo, ecc.)	Fase di Post-Contatto (Assimilazione dell'Esperienza – Funzione Personalità)

Per quanto riguarda, nello specifico, la possibilità di poter applicare le varie Fasi Metodologiche del DBR nella relazione terapeutica con A., si potrebbe ipotizzare relativamente alla Prima Fase che riguarda l'Introduzione e cioè il poter stabilire, insieme al paziente, il "Tema" su cui lavorare e, in relazione a quanto affermato precedentemente e in relazione alla possibile storia di attaccamento di A. e, inoltre, in linea con quelli che sembrano essere i vari specifici tratti sensoriali e personologici di questo, si potrebbe, dunque, ipotizzare di lavorare con A. su uno dei dettagli universali e fondamentali che caratterizzano la relazione e il contatto umano e che consiste proprio nel "dettaglio dell'abbraccio".

Come affermato precedentemente, sia alcuni stimoli visivi ma, soprattutto, diversi stimoli tattili sembrano essere per A. degli "stimoli trigger", in quanto, sembrano attivare in lui il processamento di alcune Sequenze OTA'S. Si è pensato, dunque, di utilizzare come stimolo attivante proprio l'immagine o meglio alcuni disegni che raffigurano l'abbraccio e che, tra l'altro, sono disegni prodotti dal paziente stesso durante i Laboratori di Arte. Come affermato precedentemente, durante il Laboratorio d'Arte, viene data ai partecipanti la possibilità di scegliere liberamente tra più tematiche da disegnare e A. predilige sempre riprodurre dei disegni in cui sono raffigurati diverse tipologie di abbracci tra persone e ci sono anche alcuni disegni in cui uno dei protagonisti di questi abbracci è proprio lo stesso A. Da tutto ciò, dunque, si evince che possibilmente per A. l'abbraccio e il contatto fisico con l'Altro è sicuramente qualcosa di tanto desiderato, tra l'altro, l'abbraccio rappresenta proprio una "fonte propriocettiva profonda", in quanto, attraverso l'abbraccio la persona tende a sentirsi di più, sente maggiormente il proprio corpo e tutto ciò determina un effetto regolatorio e calmante nel soggetto. Inoltre, solitamente, le persone che, come A., tendono ad utilizzare delle Difese Tattili sono persone che, al tempo stesso, hanno probabilmente un grande bisogno di propriocezione e, dunque, un grande bisogno di

sentire sé stessi e il proprio corpo nel qui ed ora e nello spazio.

Al tempo stesso, però, A. sembra temere e, a volte, sembra essere proprio terrorizzato dalla vicinanza fisica con l'Altro e, infatti, questo tende a fuggire e/o ad evitare qualsiasi forma di contatto fisico sia con i propri genitori che con le persone che fanno parte della propria routine quotidiana e, ogni qual volta che A. viene sfiorato da qualcuno, questo tende ad attuare le sue Difese Tattili correndo, il prima possibile, verso il bagno dove tende ad attuare nell'immediato la compulsione di lavarsi velocemente le mani e/o parti del proprio corpo. Per cui, visto l'incongruenza che il paziente manifesta nei confronti del dettaglio dell'abbraccio, si è pensato, quindi, in accordo con questo, di utilizzare proprio la tematica del con-tatto e della vicinanza con l'Altro, all'interno del trattamento con il DBR, al fine di osservare come tale tematica e/o stimolo trigger potrebbe determinare in A. un'esperienza di dolore e di sofferenza attivando in questo, a sua volta, delle memorie traumatiche registrate negli strati profondi del Collicolo Superiore che stanno alla base del processamento di una determinata Sequenza OTA'S.

Dopo questa Prima Fase Introduttiva del DBR, nella Seconda Fase della Preparazione è sicuramente fondamentale fare con il paziente un lavoro di "Radicamento" (Grounding) e di "Rilascio Muscolare" (Pulire la Lavagna), proprio per preparare al meglio A. alla Fase successiva dell'Individuazione della Sequenza OTA'S.

In questa Fase, dunque, come già effettuato in alcune sedute di mindfulness precedenti, ci si propone di aiutare il paziente a radicarsi nel proprio corpo, affinché questo possa essere presente e consapevole, nel qui ed ora, a sé stesso, nel proprio corpo e nello spazio del setting terapeutico; tutto ciò, è sicuramente necessario per poter rimandare al paziente di essere in una "condizione di protezione" e richiama il concetto espresso, precedentemente, di "Doppia Focalizzazione".

Sempre all'interno di questa Fase, è fondamentale poter aiutare il paziente a rilasciare tutte le tensioni che questo presenta nel corpo e, soprattutto, all'altezza delle spalle, del collo, della testa e della faccia e aiutarlo a distendere, il più possibile, la sua muscolatura; lo scopo, dunque, del "pulire la lavagna" è proprio quello di ridurre, il più possibile, in A. le sue tensioni muscolari e motorie, in maniera tale, da far sì che questo possa essere maggiormente predisposto e sensibile nel riconoscere tutte quelle piccole Tensioni di Orientamento inconscie che emergono dall'attivazione del Collicolo Superiore in relazione alla presenza di un determinato stimolo trigger e/o tema attivante e che precedono tutti quegli Affetti, quelle Emozioni e quelle Risposte Difensive che vengono attivate, successivamente, dal PAG.

Da qui, si giunge alla Terza Fase del DBR che consiste nell'Identificazione della Sequenza OTA nel paziente.; in questa Fase, dunque, si potrebbe somministrare ad A. con pazienza e con il giusto timing lo stimolo attivante procedendo, dunque, in "slow-motion". Sarebbe sicuramente utile procedere in uno stato di "profonda connessione" con il paziente, in cui lo stimolo attivante che in questo rappresenta, dunque, l'immagine dell'abbraccio, gli possa essere somministrato con il giusto tempo, dando ad A. la possibilità di focalizzarsi su quell'immagine con calma come se questo la guardasse a rallentatore e provare, in seguito, a sentire la Tensione di Orientamento che

tende ad emergere nel proprio corpo. In questa fase, si potrebbe anche ipotizzare di provare a somministrare al paziente lo stimolo attivante, e dunque, l'immagine dell'abbraccio, anche in maniera secca, brusca, rallentando, il più possibile, il tempo interno di questo e spostando la sua attenzione soprattutto nella zona delle spalle, del collo e della faccia; ciò, potrebbe contribuire, a un livello neurofisiologico, a far sì che le aree corticali di A. possano registrare, con maggiore facilità, l'eventuale discrepanza presente in questo tra il prima e il dopo la seduta di DBR.

La possibilità che il paziente possa iniziare a Orientarsi (O) consapevolmente verso alcune Tensioni (T) del proprio corpo e, dunque, la possibilità che questo possa iniziare ad ascoltarsi e a stare in con-tatto con il proprio corpo e con le proprie Tensioni di Orientamento, tutto ciò, a un livello neurofisiologico, potrebbe permettere già di creare in questo delle nuove connessioni tra aree cerebrali e neuronali e, dunque, delle nuove connessioni tra aree corticali e aree sottocorticali, tra Corteccia e Collicolo Superiore; quindi, è come se la Tensione di Orientamento da un livello inconscio, poco a poco, iniziasse ad emergere, sempre più, a un livello di consapevolezza.

Durante questo processo, in relazione a quanto sopra espresso, lo stimolo trigger potrebbe, dunque, attivare nel paziente delle memorie traumatiche registrate negli strati profondi del Collicolo Superiore e, al tempo stesso, ciò potrebbe contribuire a determinare un Orientamento (O) da parte di questo verso una Tensione (T) fisica, corporea e sensoriale che tende ad interessare soprattutto la zona del collo, delle spalle e del viso, soprattutto gli occhi; A., infatti, sembra essere molto rigido e contratto nelle spalle e nel collo e, inoltre, tende, a volte, a chiudere velocemente e a contrarre gli occhi. Sarebbe importante, quindi, permettere al paziente "di stare, il più possibile, su queste Tensioni di Orientamento", affinché possano divenire maggiormente consapevoli.

A seguito di tutto ciò, è fondamentale provare ad osservare le Riposte Affettive e Difensive (A) che si attivano nel paziente, attraverso, a sua volta, l'attivazione del PAG; da quanto osservato precedentemente, in A. sembrano, dunque, attivarsi frequentemente delle emozioni di paura e, a volte, anche di vergogna correlate all'attivazione della Colonna Dorsomediale del PAG. A. sembra anche provare, a volte, delle emozioni di rabbia che, però, questo cerca continuamente di soffocare, di isolare e di nascondere anche se, ogni tanto, l'emozione della rabbia tende, comunque, ad emergere in alcune sue espressioni verbali critiche e irruenti nei confronti dell'Altro.

In A., inoltre, in relazione al suo Profilo Clinico descritto precedentemente, sembrano emergere, in base ai vari momenti e ai vari setting di vita quotidiana, Tre Tipologie Differenti di Risposte di Difesa; questo, infatti, a volte, tende a manifestare delle "Risposte di Difesa Attive", caratterizzate dalla messa in atto di Comportamenti di Attacco, di Fuga/Evitamento e di Attivazione Incontrollata associate, dunque, a un Aumento in questo del proprio Livello di Arousal e tali risposte, a loro volta, sono determinate da un'attivazione delle Colonne Dorsolaterali e Laterali del PAG. A., infatti, a volte, tende ad assumere dei comportamenti oppositivi e di evitamento nei confronti di alcuni compiti e/o consegne che gli vengono date dagli adulti di riferimento e sembra anche fuggire da alcune situazioni che tendono, particolarmente, ad

attivare in questo il proprio stato neurofisiologico e tendono ad aumentare, dunque, il proprio livello di arousal; questo, quindi, tende proprio ad opporsi attraverso i suoi frequenti rifiuti che tende chiaramente a verbalizzare all'Altro.

A., inoltre, sembra presentare, a volte, anche delle "Risposte Difensive Passive", determinate dall'attivazione delle Colonne Ventrolaterali del PAG; si sono riscontrati, infatti, degli episodi in cui il paziente sembra mostrare come una reazione di Paralisi e/o Freezing, associata a un Abbassamento del proprio Livello di Arousal, innanzi alla vicinanza fisica improvvisa, irruente, brusca e imprevedibile di alcuni suoi coetanei del Centro Diurno che provano ad entrare semplicemente in relazione con questo. Si è potuto osservare come A. sembra temere la diversità ma soprattutto l'imprevedibilità dell'Altro, al punto tale da rimanere come immobile e paralizzato innanzi a degli improvvisi tentativi di vicinanza fisica da parte degli altri ragazzi della sua stessa età e anche questi con un deficit del neurosviluppo.

Infine, è capitato, almeno una volta, di osservare nel paziente una Risposta Difensiva di Immobilità Tonica (Stopping) determinata dall'attivazione contemporanea di tutte le Colonne del PAG; si ricorda, infatti, quando con A. e con i suoi genitori è stata fatta la prima visita, propedeutica per l'inserimento del ragazzo, per la prima volta, presso il Centro Diurno per l'Autismo e mentre l'equipe di riferimento cercava di svolgere un'anamnesi sulla sua storia e sulla sua condizione clinica, tramite il colloquio con i genitori, A., improvvisamente, è come se fosse caduto in uno stato di sonno profondo ed era come se fosse completamente tutto rannicchiato in sé stesso sulla poltrona in cui era seduto, proprio come se fosse in una posizione di chiusura fetale e, malgrado i genitori lo chiamassero per tentare di svegliarlo, questo sembrava non rispondere agli stimoli esterni come se fosse completamente spento, impermeabile e non reattivo ad ogni tipologia di stimolazione esterna. Da tutto ciò, si evince che, possibilmente, l'esperienza della prima visita e la possibilità per A. di confrontarsi, per la prima volta, con l'esperienza completamente nuova, diversa e non conosciuta, rispetto alla propria routine quotidiana e rispetto alle proprie abitudini, dell'inserimento di questo presso il centro diurno; tale condizione, probabilmente, ha contribuito a creare in questo uno stato di forte tensione fisica e una condizione di eccessiva e incontrollata attivazione neuro-psico-fisiologica che A. ha cercato di fronteggiare attraverso la reazione di Immobilità Tonica che lo ha indotto come "a spegnersi", così come avviene in una condizione di svenimento e/o di addormentamento profondo.

Da quanto sopra espresso, in relazione alla tipologia di Funzionamento del paziente e in relazione alle varie Risposte Affettive e Difensive di questo, è possibile anche ipotizzare il manifestarsi, sporadicamente, in A. anche di alcune risposte neuro-psico-fisiologiche talmente eccessive ed elevate che tendono a generare in A. delle risposte di Shock Affettivo, in cui, il "blocco neurochimico degli affetti intensi" provati ha possibilmente contribuito a determinare in questo degli stati di torpore, di alterazione delle sensazioni corporee, degli stati di analgesia e, infine, degli stati emozionali non processati e non elaborati. Tutto ciò, contribuisce, dunque, ad un processo di Dissociazione che può manifestarsi nel paziente con Alto e/o con Basso Arousal e che può

portare questo ad attivare dei comportamenti disadattivi che, però, hanno la funzione di riequilibrare il proprio livello di arousal come, ad esempio, in base a quanto osservato precedentemente, si riscontra nella stessa funzione dei comportamenti compulsivi messi in atto da A. oppure nei comportamenti di paralisi e/o freezing o nell'immobilizzazione tonica (stopping).

Dunque, in relazione a quanto espresso, in A. si può ipotizzare la presenza di diverse Tipologie di Loop e, cioè, di diverse Tipologie di Dissociazione, in quanto, questo sembra presentare una Dissociazione Intra-Corticale tra aree corticali e neuronali; inoltre, A., visto che presenta una comorbidità con un Disturbo Ossessivo-Compulsivo, questo presenta, soprattutto, una Dissociazione tra aree Supracorticali come, ad esempio, la Corteccia Prefrontale, il Sistema Nervoso Parasimpatico che sono responsabili del pensiero e, in questo caso, sono responsabili dei Meccanismi di Difesa come l'Intellettualizzazione, l'Isolamento, la Razionalizzazione e le aree Sottocorticali come il Mesencefalo, il Sistema Nervoso Simpatico, l'Amigdala che, invece, sono responsabili delle varie Risposte Affettive e Difensive di A. appena sopra elencate. Infine, in questo è, probabilmente, presente anche una Dissociazione all'interno delle stesse aree Sottocorticali e, cioè, una Disconnessione e un Loop che avviene all'interno del Mesencefalo stesso come, ad esempio, la Dissociazione tra il Collicolo Superiore e il PAG.

Questa condizione contribuisce, quindi, a creare in A. una Dissociazione tra le parti del proprio Sé e una Dissociazione tra i vari Livelli Sensoriali ed Esperienziali di questo.

In base a tutto ciò, una volta, dunque, Identificata la Sequenza OTA nel paziente, si potrebbe passare all'attuazione della Quarta Fase del DBR che consiste nella Fase di Elaborazione e/o di Seeking che si propone di "Orientare A. verso la Consapevolezza". In questa Fase, è fondamentale lasciare che il cervello del paziente possa curare naturalmente le proprie "ferite dell'anima", in quanto, è come se si attivasse un "flusso naturale di elaborazione" che contribuisce a un "processo di auto-guarigione" della persona.

Durante questo processo di elaborazione e di orientamento verso la consapevolezza, è sicuramente importante, quindi, continuare a focalizzarsi sulle "ferite di attacco" che stanno alla base del processamento della Sequenza OTA in A. e tenere sempre in mente l'ancora dello stimolo attivante che, in questo caso, è rappresentato dall'immagine dell'abbraccio che tende, a sua volta, a generare in questo l'attivazione di quelle memorie traumatiche registrate nel Collicolo Superiore, il quale attivandosi genera delle Tensioni di Orientamento che determinano, dunque, le varie Risposte Affettive e Difensive tramite il PAG. Dunque, in questa Fase, è fondamentale riconoscere e saper valutare in modo dinamico i segni del comportamento non-verbale del paziente e, dunque, i segni delle Risposte Affettive e Difensive che si attivano in questo attraverso la rigidità e/o i movimenti delle sue spalle, del suo collo e dei suoi occhi come precedentemente osservato.

Tutto ciò è importante perché permette di comprendere cosa sta avvenendo nel cervello del paziente, che tipo di elaborazione sta avvenendo nel suo Mesencefalo e per-

mette, dunque, di osservare il Processamento della Sequenza OTA iniziale che tende ad attivare diversi circuiti di Seeking che determinano, a loro volta, lo scorrere e il susseguirsi continuo di altre Sequenze OTA, sino a quando, non arrivano ad attivarsi in A. dei sistemi di Seeking piacevoli e positivi come, ad esempio, il sistema della Cura e del Gioco. Tutto ciò, man mano, potrebbe contribuire allo scioglimento delle varie Tensioni di Orientamento presenti nel paziente, tensioni attivate dagli strati profondi del Collicolo Superiore e favorire, inoltre, un “ri-orientamento” di questo verso quelle memorie traumatiche precedentemente vissute come inaccettabili e intollerabili ma che, attraverso questo processamento, possono, invece, essere da A. riconosciute, elaborate, consapevolizzate e integrate, rendendo il Collicolo Superiore meno sensibile nei confronti di tali memorie e determinando, dunque, una “ri-strutturazione profonda” del Mesencefalo e del cervello del paziente.

Quanto sopra espresso, sembra richiamare, ad un livello neurofisiologico, il processo che, nel paragrafo precedente sullo Schema Emotivo Interpersonale, era stato definito come l’inizio e la possibilità di instaurarsi nel paziente come una sorta di “Finestra di Tolleranza”.

Infine, nella Quinta Fase che consiste proprio nella Conclusione, sarebbe sicuramente opportuno chiudere in maniera più ottimale possibile la seduta con A., favorendo in questo un “processo di assimilazione, di consolidamento e di integrazione sia dell’esperienza avvenuta che del cambiamento e dei possibili risultati ottenuti”, all’interno della seduta di DBR.

In questa Fase del DBR, inoltre, è anche molto importante il concetto di “Nuova Prospettiva”, in quanto, occorre osservare se nel paziente potrebbe essere avvenuta, dopo la seduta, qualsiasi forma di cambiamento nel modo di vedere e di considerare sé stesso; visto che A. manifesta la tendenza a chiudere e a contrarre gli occhi, gli si potrebbe chiedere, in questa Fase, di provare a spalancare i suoi occhi, terminando la seduta con il far fare a questo qualcosa di diverso rispetto alla sua tendenza di non voler vedere le cose e di provare, quindi, ad evitarle. Sarebbe importante, dunque, terminare facendo sentire al paziente che può essere in grado, nel qui ed ora, di vedere e di sentire qualcosa di diverso, rispetto all’inizio della seduta; si potrebbe, inoltre, osservare se in questo è avvenuto un cambiamento relativo alla propria postura e/o alle proprie sensazioni corporee ed è importante, inoltre, avere la possibilità di rimandare ad A. l’eventuale “Mismatch Mesencefalico” e, cioè, l’eventuale presenza in questo di una notevole discrepanza tra il prima e il dopo il trattamento con il DBR. Tutto ciò è fondamentale, in quanto, attraverso un lavoro nuovamente più di tipo Top-Down, si potrebbe aiutare il paziente a significare, ad assimilare e ad integrare l’esperienza avvenuta e tutto ciò che potrebbe accadere in seduta e, inoltre, aiutare questo a divenire maggiormente consapevole del processo terapeutico e del cambiamento avvenuto nel proprio Sé. Ciò che è importante, dunque, è proprio il cambiamento che avviene a un livello sottocorticale e, dunque, a livello del Mesencefalo che, di conseguenza, porta anche ad un cambiamento a livello superiore delle aree supracorticali e che, quindi, potrebbe generare in A. un “cambiamento della rappresentazione mentale che questo ha del proprio Sé”.

Sarebbe, dunque, importante, ad esempio, dare l'indicazione al paziente di poter stare in questa "nuova prospettiva di Sé" e nelle sue nuove sensazioni corporee il più possibile, soprattutto nell'arco delle 3-4 ore successive alla seduta, in modo tale, da favorire, ulteriormente, in questo il consolidamento degli eventuali risultati ottenuti nella seduta di DBR.

Tutto ciò, richiama, dunque, ciò che in Gestalt, nella Fase di Post-Contatto, viene definita Funzione Personalità che è fondamentale, in quanto, da un lato, determina nella persona e, in questo caso, in A. un processo di sedimentazione, di significazione, di assimilazione e di integrazione, ad un livello profondo del cervello, dell'esperienza vissuta e del cambiamento avvenuto in questo; al tempo stesso, quanto sopra espresso, contribuisce al raggiungimento di un ampio "processo di integrazione" che, come si è già visto, interessa più livelli, in quanto, determina una tipologia di Integrazione Intra-Corticale tra aree corticali e neuronali; una tipologia di Integrazione tra aree Sopracorticali come la Corteccia Prefrontale, il Sistema Nervoso Parasimpatico e l'Ippocampo che sono responsabili del pensiero e le aree Sottocorticali come il Mesencefalo, il Sistema Nervoso Simpatico e l'Amigdala che, invece, come osservato, sono responsabili delle varie Risposte Affettive e Difensive del paziente; infine, si assiste anche a un'Integrazione tra le stesse aree Sottocorticali e, cioè, all'interno dello stesso Mesencefalo tra il Collicolo Superiore e il PAG.

La suddetta condizione, infine, rappresenta la base che contribuisce anche a determinare una sorta di Connessione tra i vari eventi che caratterizzano la Storia di Vita del paziente, determinando in questo, un senso di continuità caratterizzato da un'Integrazione tra le varie Parti e/o gli Stati del proprio Sé e da un'Integrazione Sensoriale e dei propri Livelli di Esperienza.

3. Risultati

Giungendo alla Fase Conclusiva di questo articolo, in relazione ai vari argomenti trattati e in relazione alla complessità del quadro clinico di A., si possono osservare, quindi, gli eventuali benefici dell'utilizzo di un Approccio Terapeutico Integrato che tiene conto di Orientamenti Teorici e Metodologici differenti. Ad oggi, infatti, si riscontra come il paziente, nei vari contesti di vita quotidiana e da quanto riferito anche dai genitori, sembra presentare una notevole riduzione dei comportamenti compulsivi e dei pensieri rigidi e disfunzionali.

A., inoltre, ad oggi, sembra manifestare una maggiore fiducia e sicurezza nelle proprie capacità, abilità e competenze e sembra anche manifestare una maggiore iniziativa nell'intraprendere e nel sostenere una comunicazione e un'interazione con l'Altro esprimendo verbalmente con più frequenza i propri bisogni nel qui ed ora.

4. Discussione

Per concludere, si auspica che A. possa trovare, sempre più, così come il personaggio di Dorothy, la strada per poter tornare nella sua casa interna e, dunque, ci si augura con tutto il cuore che questo possa trovare quella strada che gli permetta di "giungere

alla scoperta di sé stesso”; ci si augura, inoltre, che questo possa contattare il proprio Sé e l’Altro e che possa ritrovare e/o scoprire tutte quelle ricchezze e quelle risorse interne che realmente possiede e che rappresentano per lui, come le scarpette rosse di Dorothy, quegli strumenti magici che, a loro volta, possono essere in grado di sostenerlo nel portare avanti, con tutta l’umanità e la dignità che ogni essere umano merita, il proprio processo di autoaffermazione e di autodeterminazione, durante il percorso evolutivo della propria vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Gigante, E. (2018). Spiragli nello Spessore del Silenzio. M@rpedizioni.
2. Perrone, L. V., & Gigante, E. (2019). L’Integrazione delle Tecniche Cognitivo-Comportamentali e Gestaltiche nel Lavoro con lo Spettro Autistico. *Phenomena Journal – Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 1(2), 97–104. <https://doi.org/10.32069/pj.2019.2.68>.
3. Perrone, L. V., & Gigante, E. (2020). L’Integrazione delle Tecniche Cognitivo-Comportamentali e Gestaltiche nel Lavoro con lo Spettro Autistico e le Disabilità Intellettive. Edizioni Accademiche Italiane.
4. Scarito, F. P. (2021). Neuroscienze ed Evoluzione Esperienziale. Materiale Didattico SIPGI.
5. Corrigan, F. M. (2020). Deep Brain Reorienting. Slide Corso Avanzato.
6. Lanius, U. F., & Paulsen, S. L., & Corrigan, F. M. (2021). Neurobiologia e Trattamento della Dissociazione Traumatica. Verso un Sé Incarnato. Pratiche Comportamentali e Cognitive. Edizione Italiana a cura di Frau, C., & Giusti, D. Franco Angeli Editore. 1° Edizione.
7. Ayres, A. J. (2012). Il Bambino e l’Integrazione Sensoriale. Le Sfide Nascoste della Sensorialità. Giovanni Fioriti Editore.
8. Ayres, A. J. (2022). L’Integrazione Sensoriale. Storia e Principi dell’Approccio Terapeutico ASI. Associazione Italiana di Integrazione Sensoriale. www.sens-is.it.
9. Gigante, E. (2019). Concetti Base del Modello Gestaltico-Integrato in Psicoterapia. info@hygieia-formazione.it.
10. Francesetti, G. (2017). Sospesi su Punteggi Vacillanti ci Sosteniamo sulle Nostre Fissazioni. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo: una Esplorazione Fenomenologica e Gestaltica.
11. Giusti, E., & Chiacchio, A. (2002). Ossessioni e Compulsioni. Valutazione e Trattamento della Psicoterapia Pluralistico Integrata. Sovera Editore.
12. Cavagnola, R., & Bertelli, M., & Chiodelli G. (2021). Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia. www.amicodi.org.
13. National Association for Dual Diagnosis. Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID-2). NADD (2016).
14. Bertelli, M. (2019). Systematic Psychopathological Assessment for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities – General Screening, Firenze.
15. Bailey, J.S., & Burch, M.R. (2002). *Research Methods in Applied Behavior Analysis*.
16. Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (1993). *Strategies and Tactics of Behavioral Research*, Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
17. Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (2009). *Strategies and tactics of behavioral research*, Third Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
18. Bellomo, V. (2021). Adolescenti Autistici ad Alto Funzionamento: un’Ipotesi di Studio sull’Efficacia del Trattamento Integrato per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Phenomena Journal – Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicopatologia*, 3(2), 10-22. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.122>.
19. Rogers, C. (1970). *La Terapia Centrata sul Cliente*. Edizione Martinelli, Firenze.
20. Ellis, A. (2000). *La Terapia Razionale Emotiva del Comportamento*.

21. Beck, A.T. (1979). *La Terapia Cognitiva e i Disturbi Emotivi*. Resprint Edizione.
22. Polster, E., & Polster, M. (1973). *Terapia della Gestalt Integrata. Profili di Teoria e Pratica*. Giuffrè Editore, Milano.
23. Fonagy, P., & Gergely, G., & Jurist, E.L., & Target, M. (2005). *Regolazione Affettiva, Mentalizzazione e Sviluppo del Sé*. Raffaello Cortina Editore.
24. Hill, D. (2017). *Teoria della Regolazione Affettiva*. Raffaello Cortina Editore.
25. Berne, E. (1978). *Analisi Transazionale e Psicoterapia. Un Sistema di Psichiatria Sociale e Individuale*. Astrolabio Editore.
26. Steward, I., & Joines, W. (1990). *Analisi Transazionale*. Garzanti Editore, Milano.
27. Moiso, C., & Novellino M. (1982). *Stati dell'Io. Le Basi Teoriche della Analisi Transazionale Integrata*. Casa Editrice Astrolabio.
28. Scarito, F. P. (2021). *Neuroscienze e Mindfulness. Materiale Didattico SIPGI*.
29. Paganoni, M. (2017). *Mindfulness e Autismo ad Alto Funzionamento. State of Mind. Il Giornale delle Scienze Psicologiche*.
30. Costa, A., & Fiorot, E. (2018). *Imparo con il Video Modeling. Modelli Comportamentali per l'Apprendimento delle Autonomie Personali, Domestiche e Sociali*. Erickson Editore.
31. Baum, L. F. (1993). *Il Mago di Oz. Scolastiche* Bruno Mondadori.
32. Secchiaroli, L., & Triolo M. (2020). *Il Role Playing. Una Tecnica Trasversale che Apre Nuove Prospettive*. Franco Angeli Editore.