

Valerie L. Gaus

**La terapia  
cognitivo-comportamentale  
per adulti con disturbo  
dello spettro autistico**

Seconda edizione

*Edizione italiana a cura di  
Antonio D'Ambrosio*

**PSICOTERAPIE**

**FrancoAngeli**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Valerie L. Gaus

**La terapia  
cognitivo-comportamentale  
per adulti con disturbo  
dello spettro autistico**

Seconda edizione

*Edizione italiana a cura di  
Antonio D'Ambrosio*

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Valerie L. Gaus, *Cognitive-Behavioral Therapy for Adults  
with Autism Spectrum Disorder*

Second edition

Copyright © 2019 The Guilford Press,  
a Division of Guilford Publications, Inc.

All rights reserved

Published by arrangement with The Guilford Press

Isbn: 9788891716514

Copyright © 2014, seconda edizione 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.  
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.  
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della  
licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).

# Indice

## **Prefazione**

*a cura di Tony Attwood*

pag. 11

## **Introduzione all'edizione italiana**

*a cura di Antonio D'Ambrosio*

» 15

## **Ringraziamenti**

» 19

## **Introduzione**

» 23

1. Il pubblico a cui è destinato il libro » 24
2. Terminologia » 25
3. Bisogni di salute mentale degli adulti con ASD » 27
4. Rimuovere barriere e colmare lacune » 29
5. Origini delle mie idee » 29
6. Dubbi e fraintendimenti iniziali » 30
  - 6.1. Scoperta 1: I bambini con DD diventano adulti con DD » 31
  - 6.2. Scoperta 2: Gli adulti con DD hanno problemi di salute mentale simili agli adulti tipici » 32
  - 6.3. Scoperta 3: Le persone con DD possono beneficiare della psicoterapia » 33
  - 6.4. Scoperta 4: I sintomi dell'autismo possono essere presenti in persone con forti abilità cognitive e verbali » 34
  - 6.5. Scoperta 5: Alcune cose è meglio lasciarle invariate, o non buttare via il bambino con l'acqua sporca » 34
7. Una filosofia del cambiamento » 36

<b>1. Definizione del disturbo dello spettro autistico negli adulti cognitivamente abili (sindrome di Asperger)</b>	pag. 39
1. Cos'è l'AS e perché il termine è ancora utilizzato?	» 39
2. Definire il disturbo dello spettro autistico negli adulti cognitivamente abili (sindrome di Asperger)	» 40
3. Criteri diagnostici nordamericani attuali: DSM-5 e ICD-10	» 40
4. Punti di confronto tra i due sistemi	» 43
5. Come si presenta l'ASD in età adulta?	» 46
6. Genere/Sesso	» 46
6.1. Razza/Etnia	» 48
6.2. Questioni di Età e Coorte	» 49
6.3. Problemi presentati	» 51
6.4. Capire il quadro sintomatologico negli adulti con ASD	» 67
6.5. Problemi di diagnosi differenziale	» 67
6.6. Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)	» 68
6.7. Disturbi psicotici	» 69
6.8. Disturbo da deficit di attenzione/iperattività	» 70
6.9. Disturbi d'ansia e correlati	» 71
7. Disturbi dell'umore	» 75
8. Disturbi di personalità	» 76
9. Miti comuni	» 78
10. Punti di forza e risorse	» 81
<b>2. Concettualizzazione dei problemi di salute mentale negli adulti con capacità cognitive adeguate e disturbo dello spettro autistico (sindrome di Asperger)</b>	» 84
1. Modello generale concettuale	» 85
2. Disfunzione cognitiva centrale nell'ASD	» 90
2.1. Elaborazione disfunzionale delle informazioni sugli altri: cognizione sociale	» 90
2.2. Elaborazione disfunzionale delle informazioni in ambiti non sociali	» 115
3. CBT per la sindrome di Asperger	» 127
<b>3. La valutazione iniziale</b>	» 129
1. I problemi della presa in carico	» 130
1.1. I motivi della richiesta del trattamento	» 130
1.2. Strategie di intervista	» 135
2. Diagnosi e definizione di problemi specifici	» 144
2.1. Fare diagnosi di spettro autistico	» 144

2.2. Diagnosi dei problemi di salute mentale in comorbidità	pag. 151
2.3. Problemi sessuali	» 163
2.4. Valutazione dei punti di forza e dei fattori di resilienza	» 167
2.5. Creare la lista dei problemi e stabilire obiettivi preliminari	» 171
<b>4. Concettualizzazione individuale del caso e del piano di trattamento</b>	» 175
1. Concettualizzazione del caso	» 175
1.1. Il foglio di lavoro sulla concettualizzazione del caso	» 175
1.2. L'uso del foglio di lavoro per la concettualizzazione del caso di Bob	» 178
1.3. Riassunto della concettualizzazione del caso di Bob	» 188
2. Il piano di trattamento	» 189
2.1. Una parola filosofica sul cambiamento e l'ASD: "non gettare il bambino con l'acqua sporca"	» 189
2.2. L'uso del foglio di lavoro per individuare interventi ed obiettivi	» 193
2.3. Potenziali ostacoli al trattamento e strategie di prevenzione per far fronte agli ostacoli	» 201
<b>5. Psicoeducazione e orientamento al trattamento</b>	» 203
1. Psicoeducazione	» 203
1.1. Spiegare l'Asperger	» 203
1.2. Connettere il paziente con le risorse	» 206
1.3. Rivelazione di se stessi	» 208
2. Orientamento al trattamento	» 210
2.1. Stabilire e mantenere una relazione di lavoro	» 210
2.2. Descrivere la logica del trattamento	» 218
<b>6. L'intervento. Aumentare le capacità di far fronte ai principali problemi dei soggetti con disturbi dello spettro autistico</b>	» 221
1. Revisione della formulazione nomotetica	» 221
2. "Abilitazione" per i problemi fondamentali	» 223
3. Aumentare le competenze sociali	» 225
3.1. Aumentare le abilità strumentali	» 227
3.2. Aumentare la conoscenza sociale	» 231
3.3. Migliorare la cognizione sociale	» 239

4.	Aumentare le abilità di coping	pag.	247
4.1.	Razionale per lo sviluppo delle abilità di compensazione	»	248
4.2.	Gestione del tempo	»	250
4.3.	Abilità di risoluzione dei problemi	»	252
4.4.	Imparare il rilassamento	»	256
<b>7.</b>	<b>L'intervento. Affrontare i problemi di salute mentale associati</b>	»	258
1.	Presentare al paziente il modello cognitivo	»	260
1.1.	Uso della registrazione del pensiero per definire i pensieri automatici	»	260
2.	Identificare i pensieri automatici disfunzionali e rispondervi	»	267
2.1.	Identificare le distorsioni cognitive e rispondervi	»	267
3.	Riconoscere e modificare le credenze intermedie	»	275
3.1.	Credenze intermedie nell'ASD: regole	»	277
3.2.	Intervenire sulle regole disfunzionali	»	278
4.	Modificare gli schemi	»	286
4.1.	Convinzioni fondamentali comuni nell'ASD	»	287
4.2.	Tecniche di continuità	»	288
4.3.	Foglio di lavoro per la credenza principale	»	290
<b>8.</b>	<b>Intervento. Affrontare i problemi di regolazione delle emozioni utilizzando strategie basate sulla consapevolezza</b>	»	295
1.	ER e ASD	»	295
2.	Interventi basati sulla consapevolezza (mindfulness) nella CBT	»	298
3.	Acceptance and Commitment Therapy	»	300
4.	Applicazioni dell'ACT per problemi di salute mentale nella popolazione generale	»	302
5.	Applicazioni dell'ACT per persone con ASD	»	302
6.	Terapia dialettico-comportamentale (DBT)	»	304
7.	Applicazioni della DBT per problemi di salute mentale nella popolazione generale	»	306
8.	Applicazioni della DBT per persone con ASD	»	307
9.	Riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (MBSR)	»	309
10.	Applicazioni degli MBP nella popolazione generale	»	311
11.	Applicazioni degli MBP per persone con ASD	»	312
12.	Migliorare l'identificazione delle proprie emozioni	»	313

13. Modulo di formazione sulle competenze di ER nella DBT	pag.	316
14. Vivere bene con lo spettro autistico	»	316
15. Trattamento per la riduzione dell'alessitimia	»	321
16. Manuali <i>Exploring Feelings</i>	»	321
17. The Incredible 5-Point Scale	»	321
18. La scala di valutazione delle emozioni dal sistema di competenze di regolazione emotiva	»	322
19. La mappa corporea delle emozioni	»	323
20. Talk Blocks	»	324
21. Migliorare le competenze di regolazione emotiva (ER)	»	327
22. Aumentare l'accettazione delle emozioni	»	327
23. Aumentare la tolleranza all'incertezza	»	329
24. Aumentare la flessibilità nell'applicazione delle competenze di ER	»	332
25. Chiarificazione dei valori	»	336
26. Ordinamento delle Carte dei Valori	»	337
<b>9. Terapie aggiuntive e collaborazione interdisciplinare</b>	»	343
1. Linee guida per l'invio e la collaborazione con gli altri terapeuti	»	343
1.1. Quando reinviare	»	343
1.2. Collaborazione	»	344
2. Servizi aggiuntivi e loro ruoli	»	346
2.1. Servizi medici e di riabilitazione	»	350
2.2. Servizi per gli adulti disabili	»	351
2.3. Servizi legali	»	353
<b>10. Quali sono gli ostacoli al trattamento e come affrontarli</b>	»	355
1. Le difficoltà di interazione sociale come sfide nella seduta di psicoterapia	»	355
1.1. Problemi comportamentali	»	356
1.2. Problemi di linguaggio e comunicazione	»	357
1.3. Problemi cognitivi	»	359
2. L'interferenza dei problemi delle funzioni esecutive con il completamento dei compiti assegnati	»	359
3. Scarsa motivazione a sottoporsi al trattamento o rifiuto del modello cognitivo	»	360
4. I problemi familiari che interferiscono con il trattamento	»	361
4.1. Storia di traumi o PTSD "complesso"	»	363

5. Abuso di sostanze	pag. 363
6. Isolamento e mancanza di supporti	» 364
7. Problemi finanziari	» 364
7.1. Cambiamenti dello status occupazionale	» 365
7.2. Cambiamenti delle condizioni di vita	» 366
7.3. Limiti stabiliti dalle assicurazioni private	» 367
7.4. Problemi di salute non trattati	» 368
<b>11. Fine del trattamento e prospettive</b>	» 370
1. Quando gli obiettivi del trattamento sono raggiunti	» 370
2. La terapia finisce	» 370
3. La terapia continua con nuovi obiettivi	» 371
4. Le sedute continuano per il mantenimento dei progressi e il monitoraggio continuo	» 372
5. Quando il trattamento è interrotto prima che gli obiettivi siano raggiunti	» 372
6. Sospensione temporanea del trattamento	» 373
7. Motivi pratici per sospendere le sedute	» 373
8. Motivi terapeutici per sospendere le sedute	» 373
9. Trasferimento a un altro terapeuta	» 374
10. Interruzione prematura del trattamento	» 375
11. Guardando al futuro per gli adulti con ASD	» 376
12. Disfunzione cognitiva nell'ASD	» 377
13. Comorbidità	» 378
14. Stress	» 378
15. Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)	» 378
16. Genere	» 379
17. Invecchiamento	» 379
18. Modelli di servizio di supporto	» 380
<b>Bibliografia</b>	» 383

## *Prefazione*

a cura di Tony Attwood\*

L'autismo è caratterizzato da modi diversi di percepire, pensare, apprendere e relazionarsi che, pur essendo positivi e vantaggiosi per l'individuo in alcuni aspetti, possono anche contribuire a notevoli problemi psicologici nel corso della vita. Qualora fosse necessaria una psicoterapia per aiutare l'individuo a far fronte e assimilare queste differenze, essa dovrà essere adattata rispetto all'approccio convenzionale per poter accomodare queste variazioni.

Le differenze nella percezione possono includere una maggiore sensibilità sensoriale; di conseguenza, esperienze sensoriali avvertite dalla persona neurotipica (non autistica) come appena percettibili (ad esempio, il rumore della ventola di un condizionatore d'aria o qualcuno che tossisce) possono essere riconosciute come altamente distraenti o persino dolorose. La sensibilità sensoriale può essere un problema che dura tutta la vita, di conseguenza la persona avverte alti livelli di ansia durante tutto il giorno, poiché teme che un'esperienza sensoriale avversiva si possa verificare inevitabilmente, e questo finisce per provocare uno stato di spossatezza che segue lo stato costante di apprensione e di vigilanza.

Un'altra differenza nella percezione può essere una difficoltà nel notare e leggere le informazioni sociali individuali trasmesse da espressioni facciali, gesti e tono della voce, così come i segnali riferiti al contesto socio-ambientale e i codici di comportamento sociale associati. La persona con autismo può essere in grado di leggere alcuni frammenti di informazioni sociali, ma non abbastanza da poter determinare accuratamente cosa qualcuno stia pensando e provando e, quindi, anticipare cosa dirà o farà. Questo può portare a un senso di appartenenza a una cultura aliena, ad essere sopraffatti e confusi in alcuni contesti sociali. Può esserci una criti-

\* PhD, Presidente, Minds and Hearts Clinic, Brisbane, Australia. Professore associato aggiunto, Griffith University, Queensland, Australia.

ca costante per i frequenti errori sociali, ma nessuna guida su cosa fare in situazioni sociali. Le conseguenze psicologiche di tutto ciò possono essere un bisogno di frequenti periodi di isolamento, ma anche d'intensa solitudine, e lo sviluppo di un'ansia pervasiva nelle situazioni sociali.

Gli stati interni, come emozioni lievi, fame e bassi livelli di dolore, possono anche essere difficili da riconoscere e spiegare verbalmente per la persona con autismo. Quando a una persona con autismo viene chiesto: "Cosa stai provando ora?", la risposta breve potrebbe essere: "Non lo so". Questo non significa essere ottusi. La risposta reale, se solo potesse essere articolata, potrebbe benissimo essere: "Non so... come afferrare uno dei tanti pensieri e sentimenti che vorticano nella mia mente, trattenerlo e identificarlo, e poi trasmettere quel pensiero o sentimento in modo preciso e coerente a parole, affinché tu possa comprendere". Chiaramente, questo deficit nel riconoscere e descrivere le emozioni può portare a difficoltà nella conduzione della psicoterapia, che si basa sulla capacità di comunicare accuratamente pensieri e sentimenti interni.

Il modo diverso di pensare include quelle aree di talento cognitivo naturale, come il possedere una memoria enciclopedica, fare grande attenzione ai dettagli, avere la capacità di percepire schemi e rotture di schemi, e originalità nella risoluzione dei problemi. Se la persona con autismo usa con difficoltà l'abilità intuitiva di leggere le persone e le situazioni sociali, può fare affidamento su uno dei suoi punti di forza nel pensiero per elaborare le informazioni sociali. La persona può osservare e analizzare le situazioni sociali per determinare eventuali schemi o modelli teorici di comportamento sociale e interpersonale. La creazione di una struttura di regole idiosincratice e modelli teorici può, a volte, avere successo. Tuttavia, la persona può diventare estremamente angosciata se le sue regole vengono infrante o se le persone non si comportano secondo i suoi costrutti psicologici. Lo psicoterapeuta dovrà impegnarsi in una sorta di "archeologia dell'autismo" per determinare quando e come queste regole sono state create, e fornire una spiegazione alternativa insieme a nuove regole ed eccezioni.

Un'altra preoccupazione nella psicoterapia è quando i modelli teorici del senso di sé si basano esclusivamente sul bullismo, le prese in giro, il rifiuto, l'umiliazione e le critiche dei coetanei durante l'infanzia. Questo, ovviamente, può portare a un senso di sé molto negativo, che è una delle cause dei livelli elevati di depressione tra gli adulti con autismo. La loro tendenza al pessimismo e il ricorso a credenze disfunzionali e distorsioni cognitive dovranno essere affrontate durante la psicoterapia.

Lo stile di pensiero associato all'autismo può includere inflessibilità cognitiva e ansia quando si sperimenta un cambiamento. Può essere dif-

facile concettualizzare una prospettiva alternativa e si possono manifestare resistenze a cambiare pensieri, credenze e risposte. La psicoterapia si basa sulla prospettiva che può avvenire un cambiamento positivo. Sfortunatamente, la persona con autismo può resistere al cambiamento e avrà bisogno di essere molto incoraggiata per intraprendere un modo alternativo di pensare e di comportarsi. I suoi precedenti meccanismi di coping, sviluppati nel corso di molti anni, possono funzionare superficialmente, e la persona con autismo deve fidarsi che le alternative suggerite dallo psicoterapeuta possano produrre un miglioramento rispetto alle attuali strategie di coping.

Le differenze nello stile di apprendimento e nell'elaborazione delle informazioni della persona con autismo devono essere accolte nella psicoterapia. Ci sarà bisogno di una valutazione dei modi più efficaci e preferiti di apprendere i cambiamenti nel pensiero e nell'espressione delle emozioni che sono i componenti fondamentali della psicoterapia. Potrebbe essere necessario coinvolgere strumenti della tecnologia moderna (es. app specifiche), e accrescere la consapevolezza delle problematiche personali, per poter applicare la terapia alle situazioni della sua vita reale. La persona con autismo potrebbe aver appreso teoricamente dal suo psicoterapeuta cosa fare (metaforicamente, quest'informazione potrebbe essere considerata come un file all'interno di una cartella di altri file del cervello, e durante la terapia potrebbe essere facilmente recuperabile). Tuttavia, quando la persona è stressata o prova un'emozione intensa, "la cartella dei file" potrebbe bloccarsi e, quindi, potrebbe essere più automatico ricorrere a risposte precedenti. Di conseguenza, è necessario un maggiore esercizio in situazioni di vita reale rispetto a quanto ci si aspetterebbe con qualcuno che è neurotipico, inoltre, occorre mantenere il focus su come rimanere calmi in una crisi per avere più facile accesso alle strategie apprese nel corso della terapia.

Potrebbero esserci anche problemi derivanti da specifici disturbi dell'apprendimento in aree come la lettura e la scrittura manuale, avere dei tempi di elaborazione intellettuale ritardati insieme a difficoltà organizzative, di pianificazione e, paura di commettere errori, tendenza a essere eccessivamente letterali e pedanti e avere bisogno di una guida nell'arte della conversazione. Lo psicoterapeuta deve essere fluente in "*Aspergerese*"; in altre parole, deve riconoscere che l'autismo è un modo diverso di pensare – quasi una cultura diversa – e deve essere in grado di tradurre i concetti e i componenti della terapia a qualcuno che ha questo "diverso modo di pensare". Lo psicoterapeuta dovrebbe accettare senza turbamenti la caratteristica autistica di individuare e correggere gli errori frequentemente. Il diverso modo di relazionarsi può includere difficoltà a stabilire e mantenere amicizie e relazioni, con conseguente senso di essere un fallimento sociale. Sarà necessaria un'attenzione particolare all'acquisizione di abilità

interpersonali, in modo più frequente che nel corso di una psicoterapia di un soggetto neurotipico. Ad esempio, la persona potrebbe aver bisogno di una guida su come percepire e condividere i sentimenti degli altri, e sviluppare una maggiore fiducia e accettazione di sé. Una delle cause di stress e depressione è avere una rete di supporto sociale limitata; la psicoterapia probabilmente dovrà includere strategie per migliorare le abilità sociali, la rete sociale e la fiducia sociale. È possibile che ci siano ricordi di rifiuto sociale da parte dei pari e dei colleghi, e quindi approfondire un'interpretazione dei motivi di coloro che sembravano avere goduto nel causargli disagio. Lo psicoterapeuta potrebbe dover favorire un percorso di elaborazione critica di questi episodi per consentire alla persona con autismo di superare e chiudere il ricordo delle passate offese e degli insulti.

Pertanto, è necessario modificare la psicoterapia convenzionale in vari modi per adattarsi alle differenze nelle abilità associate all'autismo. Questo sta diventando sempre più importante poiché gli psicoterapeuti stanno osservando un aumento dei riferimenti di adulti con autismo. La seconda edizione di *Cognitive-Behavioral Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder* sarà la risorsa di riferimento per gli psicoterapeuti che trattano adulti con autismo. Questa seconda edizione fornisce una revisione della recente ricerca terapeutica e dei modelli concettuali dell'autismo. Include anche linee guida chiare per la valutazione, la concettualizzazione del caso e lo sviluppo e la valutazione di un piano di trattamento. La versione rivista include la "terza ondata" della terapia cognitivo-comportamentale e affronta e adatta per coloro che hanno l'autismo le terapie della consapevolezza e dell'accettazione. Valerie Gaus ha oltre 20 anni di esperienza nello sviluppo e nella valutazione della psicoterapia per adulti con autismo, e la sua competenza è evidente in tutta questa revisione del suo libro originale. La sua nuova edizione sarà molto apprezzata dagli psicoterapeuti e contribuirà al trattamento efficace di coloro che sopportano gli aspetti psicologici e le conseguenze dell'aver un disturbo autistico.

## *Introduzione all'edizione italiana*

a cura di Antonio D'Ambrosio\*

Ho scelto di tradurre la nuova edizione del volume di Valerie L. Gaus, dopo aver curato la prima, non solo per la precisione con cui affronta il tema del trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo di Asperger negli adulti, ma anche perché questo approccio rappresenta un concreto tentativo di creare un “ponte” di comprensione per i soggetti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo. Ho sempre ritenuto che questi soggetti “parlassero” un linguaggio diverso dal nostro “tipico”. È quindi necessario trovare strumenti di comunicazione che siano utili a entrambe le “comunità”.

Il mio interesse per questa patologia si è particolarmente accentuato, poiché considero il lavoro in questo ambito come la quintessenza dei problemi della psichiatria. L'interazione complessa tra problematiche neuropsicologiche e neuro evolutive originarie, e i fenomeni “a cascata” che ne derivano (neuro cognitivi, affettivi, relazionali, ecc.), rappresenta una sfida centrale per la disciplina.

Lavorare con le tecniche cognitivo-comportamentali descritte nel volume obbliga l'operatore a rendere particolarmente chiaro l'approccio, migliorando la tecnica stessa e i suoi obiettivi. Inoltre, le evidenti difficoltà empatiche nei soggetti con disturbi dello spettro autistico rappresentano un'opportunità per esplorare le varie componenti dell'empatia e per sperimentare concretamente la teoria della mente. La mia pregressa partecipazione al Comitato Autismo della Regione Campania mi ha permesso di constatare quanto poco venga fatto per i soggetti autistici nella fase adulta. La qualità e l'adeguatezza dei servizi, così come la disponibilità di modelli d'intervento in contesti adeguati, sono decisive per migliorare la qualità

\* Professore a contratto di Riabilitazione psichiatrica cognitivo-comportamentale presso il Corso di Laurea di Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica dell'Università Statale di Milano e l'Università degli Studi di Genova.

di vita di queste persone. Tuttavia, esiste una drammatica carenza di tali servizi per gli adulti, in particolare nelle regioni meridionali, dove la sensibilità verso il problema è ancora limitata, anche nell'ambito della ricerca clinica.

Questo manuale vuole essere uno stimolo per l'implementazione di protocolli di trattamento utili. Un chiaro segno del problema è la "scomparsa" delle diagnosi di autismo dopo i 18 anni e la dissoluzione della presa in carico dei soggetti autistici da parte dei servizi psichiatrici per adulti. Ciò crea un vuoto che delega eccessivamente le famiglie, con un carico insostenibile che può portare alla perdita delle abilità acquisite e creare un clima intrafamiliare altamente patogeno, dannoso sia per il soggetto autistico che per gli stessi parenti. Paradossalmente, si rischia di perdere il potenziale di risorse che questi soggetti, in particolare quelli ad alto funzionamento, potrebbero offrire. È necessario creare contesti facilitanti e mediatori competenti che possano supportare questi individui nell'integrazione sociale e lavorativa, con la sensibilizzazione e formazione del personale che ne consegue.

Parallelamente, negli ultimi anni la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha subito una significativa evoluzione con l'introduzione delle terapie della terza ondata, come la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), la Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e la Dialectical Behavior Therapy (DBT). Questi approcci pongono un'enfasi particolare sulla consapevolezza, l'accettazione e la relazione con i propri pensieri ed emozioni, ampliando i confini della CBT tradizionale. Questi modelli si sono dimostrati efficaci nel trattare disturbi cronici come l'ansia, la depressione e i disturbi di personalità, offrendo strategie più flessibili e adattabili per migliorare la regolazione emotiva e ridurre la sofferenza psicologica.

Inoltre, il DSM-5 ha introdotto un cambiamento significativo nella classificazione dei disturbi mentali, adottando un approccio dimensionale che riflette una comprensione più flessibile e sfumata della psicopatologia. Questa nuova impostazione riconosce che i disturbi non si presentano in maniera binaria (presente/assente), ma lungo un continuum di intensità e gravità, migliorando così la valutazione e la pianificazione del trattamento. L'integrazione delle terapie della terza ondata della CBT e l'adozione del modello dimensionale del DSM-5 offrono quindi un quadro più completo per affrontare i disturbi psicologici, permettendo interventi più mirati e adattati alle esigenze specifiche di ogni paziente. Si evidenzia sempre di più quanto in questi ambiti sia indispensabile l'interazione tra diverse professionalità, che sia capace di promuovere in modo più efficace le varie specificità.

Per questo raccomando la lettura, in particolare, a tutti coloro che hanno in carico i soggetti con tali problematiche (es. psichiatri, psicologi, terapisti della riabilitazione psichiatrica, ABA therapist, ecc.) ma anche a tutti coloro che si avvicinano al campo della Riabilitazione psichiatrica in cui l'approccio cognitivo-comportamentale rappresenta il principale e intellegibile cardine; il carattere estremamente esplicativo delle procedure descritte lo rende anche utile a chi vuole avvicinarsi all'approccio cognitivo-comportamentale ed agli stessi caregiver e familiari dei soggetti autistici in modo da seguire coerentemente il lavoro fatto dai tecnici.

Questa seconda edizione mi consente anche di fare anche un bilancio positivo sull'applicazione personale di tale tecniche nel corso della mia pratica psicoterapica, sicuramente l'ampliamento alle tecniche CBT di nuova generazione era già stato fatto, tuttavia l'ulteriore esemplificazione consente una migliore attenzione e apre ad una sperimentazione clinica più strutturata.

Vorrei dedicare con piacere questo volume alle persone che, come Marinella, vivono da "stranieri" in questo mondo con l'auspicio di una migliore comprensione reciproca.



## *Ringraziamenti*

Questa seconda edizione, come la precedente, rappresenta una raccolta di idee sul disturbo dello spettro autistico (ASD) negli adulti, frutto di innumerevoli e diverse esperienze di apprendimento che ho avuto nel corso degli anni. Sono continuamente influenzata da una rete così diversificata di persone, e non potrei mai ringraziarle tutte adeguatamente. Con un focus sui 12 anni trascorsi tra la prima edizione e questa, evidenzio qui le relazioni più importanti in quel periodo.

Inizierò con le persone che mi hanno insegnato di più, e sono i miei pazienti. Senza i loro coraggiosi racconti di lotta e sopravvivenza e le loro descrizioni articolate di come elaborano le informazioni, non avrei alcun libro da presentarvi. La loro determinazione a migliorare le loro vite è ciò che mi ha spinto a cercare risposte nella letteratura, nei supervisori e nei colleghi.

Poiché il mio ambiente di lavoro è uno studio privato, i miei colleghi e mentori si trovano attraverso varie attività di rete e supervisione. Sono fortunatamente diventata parte di una vasta rete di persone che condividono i miei interessi e obiettivi dopo aver partecipato regolarmente a conferenze e incontri relativi all'autismo, alle disabilità dello sviluppo e alla terapia cognitivo-comportamentale, aspetti che ho poi sviluppato in questo libro. Probabilmente non avrei intrapreso il progetto di scrivere questo manuale se non fosse stato per i leader delle comunità, che mi hanno ispirato e supportato in vari modi. Sono, in ordine alfabetico, Michael John Carley, Robert Fletcher, Dena Gassner, Peter Gerhardt, Amy Gravano, Bernice Polinsky, Marcia Scheiner, Pat Schissel, Stephen Shore, Liane Holliday Willey, Michelle Garcia Winner e Karl Wittig. Sono state anche cruciali per aiutarmi a consolidare le mie idee sul lavoro con l'ASD negli adulti le centinaia di conversazioni con altri colleghi, supervisori e supervisionandi.

Alcune delle persone con cui ho avuto gli scambi più significativi negli ultimi 12 anni sono, in ordine alfabetico, Faith Kappenberg, Jill Krata, Arnetta McKenna, Kristen Memoli, Gina Moravcik, Shana Nichols, Maria Scalley, Lara Scher, Mark Sisti, Alyson Skinner, Dina Vivian e Monica Wells (Arevalo). Grazie a Lynda Geller per aver fondato Spectrum Services e a Rahimeh Andalibian per averlo mantenuto attivo; questa è una cooperativa con sede a New York che riunisce un gruppo multidisciplinare di clinici, tutti dedicati a servire pazienti con ASD, e ho avuto il privilegio di farne una casa part-time per il mio lavoro. Le persone del YAI–National Institute for Disabilities, in particolare Mary Brady e Matthew Sturiale, saranno sempre importanti per me per avermi aiutato a formare le mie prime idee sulla promozione dell'indipendenza per le persone con disabilità dello sviluppo. Il mio coinvolgimento continuo con il programma di dottorato in psicologia clinica presso la Long Island University, C.W. Post, è stato anche una fonte importante di ispirazione, con David Roll ed Eva Feindler tra i miei primi e costantemente influenti mentori.

Un ringraziamento speciale al team di Cognitive Behavioral Associates, dove le direttrici Ruth DeRosa e Jill Rathus sono state così accoglienti nei confronti dei pazienti con ASD che hanno avuto bisogno di una terapia dialettico-comportamentale. Se non fosse stato per la loro creatività e il loro approccio collaborativo, alcuni pazienti sarebbero stati a rischio di gravi crisi. I clinici Gus Kutz e Steven (Shamshy) Schlager sono stati particolarmente utili per alcuni dei miei casi complessi. Sono molto grata agli psichiatri con cui ho collaborato, tra cui Brian Bonfardin, Peter Della Bella, David Inwood, Robert King e Jane Perr.

A livello internazionale, ringrazio Eva Larsson e Sylvia Mellfeldt Milchert per avermi invitato a progettare e insegnare un corso specialistico online per psicologi in Svezia che si occupano di adulti con ASD. Grazie alla loro iniziativa e al loro instancabile lavoro per gestire il corso ogni anno, dozzine di psicologi hanno potuto aumentare le loro conoscenze sull'ASD negli adulti per servire meglio questi pazienti. Ringrazio anche Tony Brown e Pat Abbott dell'Autism Diagnostic Research Centre per avermi invitato in più di un'occasione a tenere conferenze e workshop per i clinici della terapia cognitivo-comportamentale nel Regno Unito. Queste opportunità di incontrare clinici che praticano in diversi Paesi hanno arricchito la mia comprensione delle esigenze degli adulti con ASD.

I colleghi che sono stati di maggior supporto diretto per questo libro sono quelli che hanno aiutato alla preparazione del manoscritto. Anche se tutte queste persone appartengono a una o più delle reti menzionate sopra, le elenco qui per evidenziare quanto siano stati generosi nel dedicarmi il loro tempo e fornirmi commenti dettagliati sulle bozze di questo libro.

Sono Candice Baugh, Kathryn Cody, Ruth DeRosa, Brenna Maddox, Rebecca Sachs e Pat Schissel. Matthew Lerner mi ha gentilmente permesso di reclutare assistenti di ricerca dal suo Social Competence and Treatment Lab a Stony Brook, dove ho trovato Elliott Keenan, Fatema Noor, Hayley Rein, Amanda Stoerback e Lauren Wagler, che hanno aiutato con compiti di ricerca e amministrativi cruciali mentre preparavo la mia prima bozza.

Ho letto il primo libro di Tony Attwood sulla sindrome di Asperger 20 anni fa e l'ho visto tenere una conferenza poco dopo. Sono rimasta sbalordita, perché aveva descritto in modo così completo e accessibile ciò che avevo osservato in alcuni dei miei pazienti. Poiché ho ammirato il suo lavoro da allora, è stato un grande onore per me che abbia trovato il tempo di leggere e poi sostenere questo libro scrivendo la prefazione. Sarò per sempre grata a Jacqueline Persons, l'editrice della prima edizione di questo libro. Ha scommesso su quello che, all'epoca, sembrava un argomento oscuro nel mondo della terapia cognitivo-comportamentale. Se non fosse stato per il suo pensiero progressista e la sua compassione per questi pazienti adulti, non esisterebbero edizioni di questo libro. Allo stesso modo, devo ringraziare la mia cara amica Ann Kring per aver suggerito di organizzare i miei pensieri e di fare una proposta iniziale del concetto a Jacqueline.

Il supporto editoriale che ho ricevuto da The Guilford Press è stato inestimabile, e voglio ringraziare Jim Nageotte e Jane Keislar per la loro pazienza e supporto durante tutto il processo. Entrambi erano disposti ad aiutare in qualsiasi momento, indipendentemente dall'importanza della mia domanda.

Paul Gordon e Laura Specht Patchkofsky sono stati anche estremamente utili durante le varie fasi di produzione. Infine, ma non meno importante, ringrazio Kitty Moore. Anche se non è stata coinvolta in questa seconda edizione, la sua fiducia e il suo supporto allegro nella prima edizione mi hanno dato un livello di fiducia che ho portato avanti in questo lavoro più recente.

Grazie a tutti i miei amici, molti dei quali sono già stati menzionati come colleghi. Soprattutto sono grata al mio fedele "gruppo della cena": Mary Brady, Arnetta McKenna, Eddie Velazquez, Pam Wolff e Kathleen Ziccardi.

Ringrazio mio marito, Lider, per aver tollerato le mie assenze dalla vita familiare durante la scrittura e, come sempre, per essersi assicurato che mangiassi e per avermi incoraggiata. Mio figlio Gabriel, che è entrato nella mia vita dalla prima edizione, è stato sempre disponibile a ricordarmi di non prendere le cose troppo seriamente. Sono orgogliosa del mio figlio maggiore, Sean, che ora lavora per un'agenzia di servizi per disabilità dello

sviluppo, e ho apprezzato le molte discussioni collegiali interessanti che abbiamo avuto sul campo. Mio padre, Raymond Gaus, dopo diversi anni di ascolto dei miei discorsi sul mio lavoro, si è orgogliosamente autodefinito “Aspergian”. Come professionista, devo dire che non soddisfa i criteri per la diagnosi, ma avendo vissuto con lui, non posso dire che sia molto lontano da essa. Mia madre, June Gaus, che segue anche il mio lavoro, è sposata con lui da quasi 60 anni e non nega la sua affermazione. Poiché è una delle persone più amorevoli che abbia mai conosciuto, devo dargli credito per avermi dato una visione della capacità di cura e empatia che effettivamente esiste nelle persone con tratti “Aspergian”, che siano diagnosticabili o meno. Devo anche ringraziare mia madre per averlo scelto tra la folla tutti quegli anni fa.

## *Introduzione*

La prima edizione di questo libro era intitolata *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Asperger Syndrome* (Gaus, 2007). Come i lettori avranno notato, questa seconda edizione ha un titolo diverso. Ciò è dovuto principalmente all'impatto della pubblicazione della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) sulla letteratura di ricerca, non perché io stia trattando una popolazione di pazienti diversa. La sindrome di Asperger (AS) era un termine relativamente nuovo per i professionisti della salute mentale negli Stati Uniti quando questo libro è stato pubblicato per la prima volta nel 2007. Gli operatori sanitari stavano lentamente iniziando a comprendere che i disturbi dello spettro autistico (ASD) possono colpire persone verbali e con un funzionamento intellettuale nella norma o superiore, come nel caso dell'AS. Oggi, 11 anni dopo, questa comprensione è più diffusa, ma rimane una grande difficoltà sia nelle comunità scientifiche che cliniche nel raggiungere un consenso su come definire, classificare e denominare questo fenomeno. I pazienti che ho descritto 11 anni fa, ai quali all'epoca era stata diagnosticata l'AS, ora verrebbero diagnosticati con ASD, se si utilizzano i criteri del DSM-5. Sono le stesse persone, che lottano con gli stessi problemi nella vita quotidiana, ma le parole che usiamo per diagnosticarli sono cambiate.

Il mio obiettivo principale, sia nella stesura di questa che della precedente edizione del libro, è fornire una guida per i professionisti che trattano adulti con ASD, ma senza compromissioni cognitive o linguistiche. L'evoluzione terminologica continua a rappresentare una sfida per me e per i miei colleghi. Quando questi pazienti si presentano nei nostri studi, settimana dopo settimana, disposti a lavorare sodo per migliorare le loro vite e cercando il nostro aiuto, l'etichetta esatta che viene attribuita al fenomeno perde importanza. Tuttavia, il nostro impegno a utilizzare interventi

basati sull'evidenza ci obbliga a seguire la letteratura di ricerca, dove le etichette dei fenomeni influenzano significativamente il modo in cui possiamo interpretare e applicare i risultati degli studi. Ho affrontato questa sfida sintetizzando la letteratura attuale maggiormente rilevante per il trattamento di questi pazienti, mantenendo al contempo un approccio centrato sulla persona nella pianificazione del trattamento. Con ciò, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) continua a rappresentare una delle migliori promesse per aiutare queste persone. La letteratura sulla CBT è ricca di interventi che si sono dimostrati efficaci per altri problemi clinici spesso associati con questo disturbo (ad esempio, disturbi dell'umore e dell'ansia), che hanno il potenziale di affrontare i deficit centrali dell'ASD stesso e che hanno mostrato risultati promettenti per i giovani con ASD. Nonostante la sua utilità, la CBT non viene offerta agli adulti con ASD tanto frequentemente quanto alla popolazione generale. I capitoli seguenti sono progettati per migliorare questo aspetto.

Questo libro offre una definizione aggiornata dell'AS (nella terminologia significativamente cambiata del DSM-5) e di come si manifesta nell'età adulta (capitolo 1), una giustificazione basata sull'evidenza per l'applicazione della CBT ai problemi che i pazienti affrontano (capitolo 2), linee guida per valutare i complessi problemi che si presentano in questa popolazione (capitolo 3), un modello per concettualizzare i casi per la progettazione di piani di trattamento individualizzati (capitolo 4) e psicoeducazione e orientamento al trattamento (capitolo 5). Sono inoltre forniti istruzioni dettagliate ed esempi di casi per l'uso della CBT al fine di sviluppare le competenze necessarie (capitolo 6) e ridurre i sintomi dei disturbi psichiatrici associati utilizzando approcci CBT tradizionali (capitolo 7) e basati sulla mindfulness (capitolo 8) negli adulti con ASD. Viene anche trattata la necessità di una collaborazione interdisciplinare (capitolo 9), insieme a strategie per affrontare gli ostacoli in terapia (capitolo 10) e concludere il trattamento (capitolo 11).

## **1. Il pubblico a cui è destinato il libro**

L'obiettivo di questo libro è contribuire ad aumentare il numero di terapeuti disponibili a trattare questa popolazione scarsamente servita. Più di un decennio dopo la prima edizione, sono felice di vedere che molti degli ostacoli per un trattamento adeguato sono stati superati, grazie a una maggiore volontà di colmare le lacune tra i diversi campi della ricerca e della pratica clinica (Cooper, Loades, & Russell, 2018; Maddox & Gaus, 2018). Tuttavia, ho continuato a osservare casi in cui i professionisti della "comu-

nità della salute mentale generale” non si considerano qualificati o interessati a trattare persone con disturbi dello sviluppo. Pertanto, potrebbero non pubblicizzare i loro servizi o non accettare riferimenti dalla popolazione adulta con ASD. Allo stesso modo, i professionisti della “comunità dello spettro autistico” si concentrano ancora prevalentemente sui bambini e sugli interventi comportamentali più adatti alla popolazione giovane. Questo lascia un grande “vuoto” attraverso cui gli adulti con ASD rischiano di cadere, soffrendo di vari problemi nella vita quotidiana e/o di disturbi mentali comorbidi che richiederebbero una psicoterapia efficace (Maddox & Gaus, 2018). Esistono molti clinici competenti ed esperti in entrambe queste comunità che, con una certa apertura verso letterature diverse, potrebbero utilizzare le proprie competenze per aiutare gli adulti con ASD. Tra questi ci sono psicologi, assistenti sociali, psichiatri, logopedisti e educatori. Spero che questa nuova edizione possa servire come risorsa per tutti questi professionisti che entrano in contatto con questa popolazione. Ad esempio, i clinici che trattano la popolazione adulta generale nei contesti di salute mentale “mainstream” stanno incontrando l’ASD incidentalmente nei pazienti che cercano aiuto per disturbi dell’umore o d’ansia. Questo è diventato sempre più evidente per me negli ultimi 11 anni, poiché sono stato invitato più spesso a fornire workshop di formazione a gruppi di psicoterapeuti che non si identificano come specialisti in ASD, ma sono desiderosi di imparare sull’ASD perché hanno già pazienti con questa diagnosi. Questi incontri sono stati per me i più stimolanti, poiché sono stato ispirato dalla compassione e dalla dedizione di molti terapeuti pronti a imparare qualcosa di nuovo per poter servire al meglio i loro pazienti. Ancora più incoraggiante è stato osservare l’interesse da parte di terapeuti che lavorano sia nei contesti rurali più remoti sia nelle città più densamente popolate di paesi come Svezia, Paesi Bassi, Inghilterra, Stati Uniti (New York, Massachusetts, North Carolina, Tennessee, Iowa, Kansas, Minnesota, Utah, e California). Allo stesso modo, gli specialisti nel campo dell’ASD infantile stanno ricevendo un numero crescente di richieste per trattare adulti con questa diagnosi. Infine, desidero sensibilizzare e coinvolgere studenti universitari e tirocinanti che stanno appena entrando nei loro rispettivi campi di ricerca e pratica, poiché la qualità del trattamento disponibile per gli adulti del futuro dipenderà da loro.

## **2. Terminologia**

Il capitolo 1 descrive in dettaglio i cambiamenti terminologici avvenuti con la pubblicazione del DSM-5, ma qui il tema viene brevemente trattato

per uniformare il linguaggio che verrà utilizzato in tutto il libro. Il DSM-5 non include il termine “disturbo di Asperger” descritto nell’edizione precedente (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). In quella versione, era incluso in una categoria di disturbi chiamati “disturbi pervasivi dello sviluppo” (PDD), distinguendolo dal “disturbo autistico” classico. Nella versione attuale, l’ampia categoria PDD è stata sostituita con il termine “disturbo dello spettro autistico” (ASD), e la descrizione dei sintomi che caratterizzava la diagnosi di disturbo di Asperger è ora inclusa in quella, del disturbo autistico classico. Ora viene utilizzata una serie di specificatori per differenziare un individuo gravemente compromesso da un paziente con minori compromissioni funzionali.

Ad esempio, una persona che sarebbe stata diagnosticata con il disturbo di Asperger nel DSM-IV-TR ora sarebbe diagnosticata nel DSM-5 come:

- 299.00 disturbo dello spettro autistico:
  - richiedente supporto per la comunicazione sociale (Livello 1);
  - richiedente supporto per comportamenti ristretti e ripetitivi (Livello 1);
  - senza compromissione intellettiva;
  - senza compromissione del linguaggio.

Come si può vedere, l’uso corretto delle procedure di registrazione utilizzate nel DSM-5 descrive in modo più dettagliato di quello del DSM-IV-TR. Sarebbe piuttosto ingombrante ripetere questa frase ogni volta che faccio riferimento a questa popolazione nel libro. Nel tentativo di risolvere questo problema, ho consultato la letteratura di ricerca per vedere come i ricercatori descrivessero i soggetti con ASD, ma senza compromissioni intellettive o linguistiche; come comunicano riguardo ai soggetti che presentano il profilo sintomatico che un tempo chiamavamo “sindrome di Asperger”? Quello che ho trovato non è stato di aiuto! Una costante che ho notato è che, negli articoli scientifici pubblicati recentemente su questa popolazione, il termine Asperger non appare mai nei titoli. Tuttavia, il linguaggio usato dai ricercatori per differenziare i loro soggetti da quelli con un profilo autistico classico più compromesso non è coerente. In un campione di articoli scientifici pubblicati tra il 2013 e il 2017, i termini utilizzati dagli autori includono:

- ASD senza disabilità intellettiva;
- soggetti cognitivamente capaci con ASD;
- soggetti cognitivamente ad alto funzionamento con ASD;
- ASD ad alto funzionamento;
- ASD con capacità cognitive normali;
- soggetti intellettualmente capaci con ASD;
- ASD senza compromissioni intellettive.

Pur senza il consenso nella comunità scientifica, ho dovuto scegliere una frase in grado di descrivere sinteticamente la popolazione di persone a cui si rivolge questo libro.

Inoltre esprimo il mio mancato gradimento per il termine “alto funzionamento” quando si parla di persone nello spettro autistico con qualsiasi livello di compromissione. Trovo che sia fuorviante, perché, sebbene questi individui abbiano abilità intellettive e verbali superiori rispetto a persone considerate “a basso funzionamento”, non riescono a funzionare al livello del loro potenziale. Un esempio ironico è che molti di questi adulti sono straordinariamente abili nell’usare le loro capacità verbali sofisticate per descrivere il loro senso di frustrazione per la difficoltà nel trasformare i loro talenti in una carriera o un’occupazione significativa. Preferisco il termine “cognitivamente capaci”, usato per la prima volta da Ami Klin e dai suoi colleghi (e.g., Klin, Jones, Schultz, Volkmar, & Cohen, 2002b), o “con potenziale di indipendenza” proposto da Lynda Geller (2003).

Per scopi pratici in questo libro, il lettore dovrebbe ritenere che, quando utilizzo il termine ASD, mi riferisco a tutti i pazienti nello spettro autistico che sono “cognitivamente capaci”, i quali hanno un “potenziale d’indipendenza” o, per essere coerenti con il DSM-5, non presentano compromissioni significative intellettive o linguistiche. Quando riassumo articoli di ricerca, uso “ASD senza disabilità intellettiva” per essere coerente con il linguaggio dei ricercatori. Infine, quando mi riferisco a persone che non sono nello spettro autistico, utilizzo il termine “tipico” o “dalla popolazione generale”. Vale la pena notare che nella comunità autistica, alcune persone usano il termine “neurotipico” (NT) per distinguere le persone senza ASD da quelle con ASD.

### **3. Bisogni di salute mentale degli adulti con ASD**

I pazienti adulti generalmente si rivolgono a un terapeuta per ricevere aiuto riguardo a problemi sociali che attribuiscono all’ASD e/o per disturbi psichiatrici secondari, più comunemente sintomi di ansia o dell’umore. I problemi di salute mentale osservati in questi individui sono spesso legati ai loro tentativi di integrarsi nella società. Contrariamente alla credenza popolare secondo cui le persone con ASD sono distaccate e disinteressate agli altri, queste persone desiderano disperatamente avere amici e partner. Lo stress cronico è causato dal loro profilo di punti di forza e debolezze estremamente disomogeneo. Essi sono generalmente intelligenti e spesso di successo negli studi accademici, hanno estreme difficoltà nel dominio delle relazioni interpersonali. Mancano della capacità di interagire effica-

cemente con gli altri perché, come descritto da Gray (1995, 1998, 2015), mancano di “comprensione sociale”. Questo deficit è alla base di errori (ad esempio, non utilizzare i segnali sociali, fare commenti inappropriati, oltrepassare i limiti) questo porta gli altri a vederli come maleducati, bizzarri o minacciosi.

La loro tendenza a concentrarsi intensamente su un’area di interesse può diventare ossessiva, poiché possono non riuscire a discutere di altro oltre quel tema (ad esempio, computer, collezionismo di monete, aviazione). Molti hanno anche difficoltà nel giudizio e nella risoluzione dei problemi, difficoltà che in termini comuni vengono definite come mancanza di “buon senso”. Questi deficit influenzano sia il campo sociale che quello lavorativo, poiché il loro comportamento interferisce con relazioni sociali e sessuali sane, portandoli a essere disoccupati o a lavorare in impieghi ben al di sotto del loro livello accademico e intellettuale. L’isolamento che ne deriva e il senso di fallimento li rende estremamente vulnerabili a disturbi d’ansia e dell’umore.

Concepiscono tutti questi problemi come derivanti da un disturbo di base nell’elaborazione delle informazioni, e presento nel capitolo 2 delle ricerche che supportano questa idea. Le persone con ASD hanno un modo idiosincratico di elaborare sia le informazioni sociali che quelle non sociali, che è presente sin dalla nascita o dalla prima infanzia. La loro percezione unica ha influenzato negativamente il loro sviluppo e le loro esperienze sociali, portando a conseguenze negative. Questo li porta a esibire comportamenti che risultano sgradevoli agli altri e favorisce l’atteggiamento di rifiuto e di derisione ricorrenti che spesso riscontrano. Inoltre, ciò causa difficoltà anche in aree del funzionamento non sociale, come l’organizzazione e l’autodirezionalità, questo porta ad un incremento del loro livello di stress nella vita quotidiana.

L’intervento può avere l’impatto più evidente se viene effettuato precocemente, ma molti degli adulti con ASD cognitivamente capaci di oggi non sono stati identificati come appartenenti allo spettro autistico quando erano bambini, quindi non hanno avuto l’opportunità di ricevere interventi specializzati precoci. Tuttavia, non credo che questi individui abbiano “perso l’occasione” per migliorare le aree di funzionamento maggiormente disfunzionali. Considerando una prospettiva di sviluppo lungo tutto l’arco della vita, è ampiamente accettato che l’apprendimento e la crescita non si fermano a 18 o 21 anni per le persone tipiche, quindi non c’è motivo di credere che cessino per gli adulti con ASD. L’acquisizione di una nuova abilità a qualsiasi età può influenzare lo sviluppo in modo positivo da quel momento in poi, e questa è un’ipotesi che seguo in tutto questo libro.

Uno psicoterapeuta può aiutare questi adulti insegnando loro a (1) riconoscere e modificare i pensieri automatici disadattivi, (2) riconoscere e regolare le esperienze emotive, (3) leggere più accuratamente il comportamento degli altri per comprendere meglio le interazioni sociali e (4) modificare il proprio comportamento in risposta ad esse. Questo nuovo apprendimento aiuta l'individuo con ASD a migliorare il funzionamento sociale, aumenta le capacità di gestione dello stress e previene e riduce i sintomi di ansia e depressione.

#### **4. Rimuovere barriere e colmare lacune**

Un tema ricorrente in questo libro è l'integrazione. Dalla pubblicazione della prima edizione, in cui non avevo riferimenti che supportassero direttamente l'uso della CBT per gli adulti con AS, sono stati condotti solo pochi studi che hanno valutato direttamente l'efficacia della CBT per trattare i problemi di salute mentale di questa popolazione. Fortunatamente, possiamo rafforzare la giustificazione per il suo utilizzo se consideriamo più fonti di letteratura sulle teoria e ricerche su:

- disfunzione nell'elaborazione delle informazioni nell'ASD;
- cognizione sociale nelle persone tipiche;
- fattori di rischio e gli effetti dello stress nelle persone tipiche;
- disfunzione cognitiva nelle persone tipiche con ansia o depressione;
- deficit nella regolazione emotiva come problema transdiagnostico di salute mentale;
- efficacia della CBT per le persone tipiche che sperimentano disturbi d'ansia e dell'umore;
- efficacia della CBT per i giovani con ASD.

Se combinassimo ciò che sappiamo da queste aree separate, avremmo prove sufficienti per offrire la CBT agli adulti con ASD. Nel capitolo 2 evidenzio una revisione di questi dati, sottolineando i risultati che hanno implicazioni pratiche per gli adulti con ASD e rimando il lettore alle fonti primarie e alle revisioni più dettagliate della letteratura.

#### **5. Origini delle mie idee**

Negli ultimi 20 anni ho lavorato quasi esclusivamente con adulti cognitivamente capaci nello spettro autistico. Quando ho iniziato a interessarmi a questa popolazione di pazienti, non esisteva una letteratura di intervento su cui potessi basarmi. Quindi, la sfida più grande che ho affrontato è sta-

ta quella di integrare informazioni provenienti da fonti diverse, come ho accennato in precedenza. La mia attuale concettualizzazione dei problemi clinici che caratterizzano gli adulti con ASD è il risultato di un processo che ha collegato diverse letterature ed esperienze cliniche iniziato 35 anni fa, molto prima che incontrassi il mio primo paziente con ASD. Condivido qui questo background come fondamento per l'approccio terapeutico che descriverò nei capitoli successivi.

## **6. Dubbi e fraintendimenti iniziali**

Durante l'estate dopo il diploma di scuola superiore, ho avuto il mio primo incontro con lo spettro autistico. Ho lavorato come assistente insegnante in una scuola di educazione speciale, dove ad una delle allieve era stato diagnosticato il disturbo autistico. Questa bambina di 6 anni era non verbale, urlava frequentemente e sembrava non avesse piacere a partecipare a nessuna delle attività in classe. Come giovane inesperta, provavo timore per lei, perché almeno una volta al giorno riusciva a tirarmi i capelli con forza, nonostante i miei sforzi per impedirlo. Ho concluso quell'estate pensando che non avrei mai più visto una persona con autismo, e per me andava bene così.

Ho avuto un altro incontro alcuni anni dopo, mentre lavoravo alla mia tesi di laurea con l'onorevole Junko Tanaka-Matsumi, come mia relatrice presso la Hofstra University. Intitolata *Valutazione trasversale del repertorio comportamentale di un bambino autistico*, sarebbe stata anche la mia prima presentazione a una conferenza (Gaus & Tanaka-Matsumi, 1987). Come giovane comportamentista, ero entusiasta dell'idea di applicare principi scientifici allo studio del comportamento aberrante, e la mia tesi si basava su un'osservazione naturalistica in una scuola di un bambino di 7 anni con diagnosi di disturbo autistico. Era non verbale, con grave disabilità intellettiva (ID), ritirato socialmente e mostrava alti tassi di comportamento autostimolatorio; il mio progetto si concentrava sulla misurazione della frequenza di ciascuno di questi comportamenti in contesti diversi. Non avevo dimenticato il disagio che avevo provato con la bambina che mi tirava i capelli qualche anno prima, e anche se non lo avessi ammesso all'epoca, il mio lavoro era guidato dal desiderio di comprendere un comportamento che mi sembrava così bizzarro da respingermi. Vorrei poter dire che il mio interesse per l'autismo è fiorito da quel momento, ma non è stato così. La mia tesi mi aveva dato una certa soddisfazione perché alla fine dello studio ero in grado di spiegare e prevedere meglio il comportamento del mio paziente, ma non ero particolarmente attratta da quella popolazione.