

INTEGRAZIONE TRA EMDR E PSICOTERAPIA COGNITIVA DELL'AUTISMO:
"MEGLIO IL TAPPING PER ME!"
IL CASO CLINICO DI F., UNA GIOVANE PAZIENTE

Maria Marino*, Annamaria Scapicchio**

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC – Napoli; Associazione EMDR Italia – Europa

** Associazione EMDR Italia – Europa

Corrispondenza

Maria Marino

E-mail: maria.marino06@gmail.com

Riassunto

L'Autismo (o Disturbo dello Spettro Autistico, ASD) è una condizione neurodivergente che si manifesta nell'infanzia. L'ASD presenta differenze caratteristiche (o difficoltà) nell'interazione e nella comunicazione sociale e modelli di comportamento e interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati (American Psychiatric Association [APA], 2013, 2023). È una condizione oggi molto frequente (oMaenner et al., 2023). La severità e l'impatto delle caratteristiche centrali dell'ASD possono variare molto. Così, alcune persone autistiche presentano tratti marcati, disabilità intellettiva e deficit comunicativi e altre, invece, caratteristiche più sottili, che spesso vengono identificate e riconosciute in adolescenza o in età adulta. Sono, queste ultime, le condizioni oggi definite "Autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM] 5 e 5-TR, APA 2013, 2023), prima conosciute come "sindrome di Asperger" (DSM IV TR). In questi casi, i tratti autistici si manifestano in modo più sfumato, con atipie sottili nella cognizione sociale e nello stile relazionale, e con una maggiore vulnerabilità dei processi di regolazione emotiva e sensoriale (Attwood, 2008; Marino, 2024).

Le persone autistiche manifestano una maggiore vulnerabilità psicopatologica (Attwood, 2008; Marino, 2024), con elevata incidenza di diversi quadri psicopatologici, tra i quali anche il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) e sintomi correlati a trauma, (Fisher et al., 2023; Hossain et al., 2020). Nella ricerca e nella clinica c'è oggi un crescente interesse nel comprendere la relazione tra trauma, PTSD e autismo.

I sintomi correlati a trauma sembrano molto presenti nell'autismo: dal 2% al 17%, rispetto al 3% nei soggetti neurotipici (Rumball et al., 2020), e spesso sottostimati. Le persone autistiche presentano molti fattori di rischio per una maggiore esposizione a esperienze traumatiche e a traumi relazionali. Inoltre, è verosimile che ci sia una specificità autismo correlata, in relazione alla traumaticità esperita per alcuni eventi. È ipotizzabile che le persone autistiche siano spesso esposte a situazioni direttamente o indirettamente traumatiche, anche in relazione alla maggiore vulnerabilità dei processi di elaborazione sensoriale emotiva e cognitiva, espressa nell'autismo (DePrince, 2005; Mazefsky et al., 2013; Rumball et al., 2020).

Questo rende necessario individuare i sintomi traumatici laddove presenti, anche al fine di elaborare o rinforzare strategie di lavoro terapeutico sul trauma nell'autismo, in relazione alle specifiche caratteristiche di questa neurodivergenza, e a come esse vanno a connotare le differenze nello stile di elaborazione delle informazioni.

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1989) è una terapia bottom – up in 8 fasi, basata sul modello adattivo dell'elaborazione delle informazioni (AIP), che utilizza forme di

DOI: 10.36131/COGNCL20240105

RICEVUTO IL 17 FEBBRAIO 2024, ACCETTATO IL 12 SETTEMBRE 2024

stimolazione bilaterale, utili a riattivare il processo di elaborazione delle informazioni memorizzate in modo disfunzionale a livello neurofisiologico.

Il lavoro è scandito in fasi, a partire dal riconoscimento degli episodi più significativi nella sintomatologia espressa dal paziente, e dalla loro identificazione come target correlati a specifici elementi cognitivi, emotivi e sensoriali, sui quali si lavorerà con la stimolazione bilaterale fino alla loro elaborazione e risoluzione, in termini di disagio percepito e di cognizioni negative correlate (Shapiro, 2019).

Inizialmente utilizzato come trattamento per persone affette da Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), l'EMDR si è evoluto come un approccio integrato, dimostrando la sua efficacia non solo con il PTSD ma anche con una molteplicità di disturbi psicopatologici e con le condizioni correlate ai trami relazionali.

Tra le terapie di elezione per il PTSD, l'EMDR presenta elevate evidenze di efficacia (Manzoni et al., 2021; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018; Navarro et al., 2018; World Health Organization [WHO], 2013).

Nonostante ciò, i dati relativi a EMDR e autismo, ad oggi, sono esigui.

Tuttavia, i risultati degli studi presenti sono indicativi della possibilità e dell'efficacia dell'utilizzo dell'EMDR con persone autistiche (Firat et al., 2023; Fisher et al., 2022; Fisher et al., 2023; Leuning et al., 2023; L-van Buuren et al, 2019) e dell'utilità di elaborare strategie e protocolli dedicati.

Viene qui presentato il caso clinico di una giovane paziente autistica (Autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio associata) con caratteristiche di comorbidità relative a un disturbo di ansia socio-prestazionale e alla presenza di schemi patogeni e sintomi correlati a traumi di tipo relazionale.

Verranno discussi il razionale, la formulazione e il lavoro sul caso, basati sul modello di psicoterapia cognitiva adattata all'Autismo in integrazione con l'utilizzo dell'EMDR, quest'ultima, sulla base dei dati presenti in letteratura in merito all'adattamento del protocollo EMDR nell'Autismo.

Questo caso clinico può rappresentare il primo step per il successivo sviluppo di una linea guida pratica per l'applicazione di EMDR nella terapia con persone autistiche.

Parole chiave: EMDR, autismo, neurodivergenza, psicoterapia cognitiva

SINTEGRATION BETWEEN EMDR AND COGNITIVE PSYCHOTHERAPY OF AUTISM: "TAPPING IS BETTER FOR ME!" THE CASE REPORT F., A YOUNG PATIENT

Abstract

Autism (or Autism Spectrum Disorder, ASD) is a neurodivergent condition with onset in childhood. It presents characteristic differences (or difficulties) in social interaction and communication and restricted, repetitive and stereotyped patterns of behavior and interests (American Psychiatric Association [APA], 2013; APA 2023). ASD is a very frequent condition today (Maenner et al., 2023). The severity and impact of the core features of ASD can vary greatly. Thus, some autistic people have marked traits, intellectual disability and communication deficit, and other more subtle characteristics, which are often detected in adolescence or adulthood. The latter are the conditions now defined as "Autism without intellectual and language impairment" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM] 5 e 5 -TR, APA 2013, 2023), previously known as "Asperger's syndrome" (DSM IV TR). In these cases, autistic traits are nuanced, with subtle atypias in social cognition and relational style, and with a greater vulnerability of emotional and sensory regulation processes (Attwood, 2008; Marino, 2024).

Autistic people demonstrate greater psychopathological vulnerability (Attwood, 2008; Marino, 2024)

Autistic people present greater psychopathological vulnerability, with higher levels of various psychopathological conditions, including Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and trauma-related symptoms (Fisher et al., 2023; Hossain et al., 2020). Today there is a growing interest in understanding the relationship between trauma, PTSD and autism in clinics and research. Trauma-related symptoms are very common in autism: 2% to 17% compared to 3% in neurotypical subjects (Rumball et al., 2020), and often underestimated. Autistic people have many risk factors for increased exposure to traumatic experiences and relational trauma. Furthermore, it is possible that there is a related autism specificity, in relation to the

traumatic nature experienced due to some events.

It is therefore conceivable that autistic people are exposed to directly or indirectly traumatic situations, also in relation to greater vulnerability of emotional and cognitive sensory processing characteristics, expressed in autism. (DePrince, 2005; Mazefsky et al., 2013; Rumball et al., 2020).

This makes it necessary to identify the presence of traumatic symptoms where present, also in order to develop or improve therapeutic work strategies on trauma in autism in relation to the specific characteristics of this neurodivergence, related to differences in information processing style.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1989) is an 8-step bottom-up therapy based on the adaptive information processing (AIP) model, which uses bilateral stimulation techniques, useful for reactivating the processing of information stored in a dysfunctional way at a neurophysiological level. The work is divided into phases, starting from the recognition of the most significant episodes in the symptoms expressed by the patient and their identification as targets related to specific cognitive, emotional and sensory, on which work will be done with bilateral stimulation until their elaboration and resolution in terms of perceived discomfort and related negative cognitions.

Initially used as a treatment for people suffering from Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), EMDR has evolved as an integrated approach, demonstrating its effectiveness not only with PTSD but also with a variety of psychopathological disorders and conditions related to relational trauma. Among the therapies of choice for PTSD, EMDR has high evidence of effectiveness (Manzoni et al., 2021; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018; Navarro et al., 2018; World Health Organization [WHO], 2013).

Despite this, data relating to EMDR and autism are limited to date. However, the results of the studies present to date are indicative of the possibility and effectiveness of using EMDR with autistic people (Firat et al., 2023; Fisher et al., 2022; Fisher et al., 2023; Leuning et al., 2023; L-van Buuren et al, 2019) and the usefulness of developing dedicated strategies and protocols. This work presents the clinical case of a young autistic patient (Autism without intellectual and language impairment) with comorbidity characteristics relating to a social and performance anxiety disorder and the presence of pathogenic patterns and symptoms related to relational trauma. The rationale, formulation and work on the case will be discussed, based on the model of cognitive psychotherapy adapted to Autism in integration with the use of EMDR, the latter based on the data present in the literature regarding the adaptation of the EMDR protocol in Autism.

This case report could represent the first step for the development of a practical guideline for the application of EMDR in therapy with autistic people.

Key words: EMDR, autism, neurodivergence, cognitive psychotherapy

Nota delle autrici (positionary statement):

Esiste una pluralità di opinioni sull'uso del "Person First Language" (PFL) o dell'"Identity First Language" (IFL), e ci sono argomentazioni a sostegno di entrambe le scelte all'interno di questo dibattito.

In questo lavoro, abbiamo scelto di utilizzare un linguaggio "Identity first" (IFL).

Pertanto, nel testo verrà utilizzata la dicitura "persona autistica" piuttosto che "persona con autismo".

Questo, in relazione al fatto che l'autismo è una caratteristica centrale e fondativa dell'individuo, che ne definisce l'identità e che non può essere separata dalla persona.

Inoltre, l'uso di un linguaggio "person first" ("persona con autismo") può supportare visioni stigmatizzanti e relative a caratteristiche percepite come negative o diminutive della persona.

Il linguaggio identity first è, infine, coerente con la più ampia prospettiva della neurodiversità e della neurodivergenza, che vede l'autismo prima di tutto come l'espressione di una differenza neurologica, più che come una condizione intrinsecamente patologica (American Psychological Association [APA], 2023; Vivanti, 2020).

Introduzione

L'autismo è una neurodivergenza. Lo spettro autistico viene definito come una condizione del neurosviluppo caratterizzata da anomalie dell'interazione socio-comunicativa e del comportamento (i cosiddetti "*core symptoms*", che rendono "riconoscibile" questa condizione).

Tali caratteristiche "centrali" sono fortemente correlate e mediate da differenze nei processi di elaborazione delle informazioni, nelle funzioni esecutive e nella regolazione emotiva e sensoriale, con maggiore vulnerabilità (Marino, 2024).

Queste caratteristiche e, i processi connessi, possono manifestarsi in modo più severo o in modo più sfumato, con anomalie socio-comunicative e comportamentali minori, livello intellettivo nella norma o superiore, e sottili differenze nei processi di elaborazione e regolazione delle informazioni (Attwood, 2008; Marino, 2024)

Questa condizione "più sfumata" viene ad oggi definita "autismo senza compromissione del linguaggio e dell'intelligenza associata" (DSM 5 e DSM 5- TR. APA, 2013, 2023)

Nell'autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio, nel corso dell'adolescenza e in età adulta le manifestazioni "*core*" possono diventare estremamente sfumate, mentre rimangono più evidenti le differenze nei processi di elaborazione e regolazione delle informazioni, con predisposizione al sovraccarico cognitivo, emotivo e sensoriale, e conseguente maggiore vulnerabilità e incidenza di difficoltà di regolazione (Attwood, 2008; Fung, 2021, Marino, 2024).

Gli elementi relativi ai processi sopra citati, rappresentano dei *target* importanti sul piano teorico e clinico, per la comprensione e formulazione del caso e per il lavoro psicoterapeutico, anche in relazione alla scelta di strategie e protocolli.

Le persone autistiche, anche in relazione alle sopra menzionate differenze nei processi di elaborazione e regolazione delle informazioni, manifestano una maggiore vulnerabilità psicopatologica, con elevata incidenza di condizioni in comorbidità (Attwood, 2008; Marino, 2024)

Tra queste, anche il disturbo post-traumatico da stress (Fisher et al., 2023; Hossain et al., 2020).

Oggi, nella clinica e nella ricerca, c'è un crescente interesse a comprendere la relazione tra trauma e autismo.

I sintomi correlati a trauma sono molto presenti nell'autismo: dal 2 al 17%, rispetto al 3% di prevalenza nei soggetti neurotipici (; Fisher et al., 2023; Rumball et al., 2020).

Le persone autistiche presentano maggiore rischio di incorrere in situazioni avverse e minore capacità di *coping* nel fronteggiamento di situazioni stressanti. È verosimile che debba essere considerata, nella vulnerabilità allo stress e nelle strategie di fronteggiamento, una specificità autismo correlata. (DePrince, 2005; Mazefsky et al., 2013; Rumball et al., 2020). Tale specificità potrebbe riguardare le caratteristiche sensoriali e il sistema di elaborazione delle informazioni, sia rispetto a una maggiore vulnerabilità al sovraccarico e a una più intensa risposta allo stress, che rispetto all'effetto peggiorativo degli stessi fattori stressanti sui processi di metacognizione sociale (per esempio, comprendere e interagire con l'intenzionalità altrui) e di regolazione emotiva, già atipici nell'autismo. Anche alla luce dell'insieme di tali caratteristiche, le persone autistiche sono più vulnerabili all'esposizione e alle conseguenze psico-sociali di eventi traumatici (L-van Buuren et al., 2019; Fisher et al., 2023).

Inoltre, la percezione della propria "diversità" rende le persone autistiche più fragili e maggiormente esposte a episodi avversi nei contesti interpersonali e sociali, fin dall'età evolutiva (Attwood, 2008).

La maggiore vulnerabilità aumenta l'incidenza di stress cronico, di sintomi di ansia e di depressione, e può influenzare negativamente la capacità di gestire eventuali stressor futuri, aumentando il rischio di ri-vittimizzazione o ri-traumatizzazione (Attwood, 2008; L-van Buuren

et al., 2019).

L'elevata prevalenza di sintomi correlati a traumi nell'autismo (Rumball et al., 2020; Fisher et al., 2023) suggerisce l'utilità di applicare protocolli di intervento sul trauma e sulla sintomatologia correlata, focalizzati e specifici, al fine di supportare e riavviare un processo di elaborazione funzionale delle informazioni relative alla memoria traumatica, di sviluppare nuove strategie di *coping* e di ridurre l'aumentata vulnerabilità al rischio di ri-vittimizzazione e ri-traumatizzazione (L-van Buuren et al., 2019).

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1989) è una terapia *bottom – up* in 8 fasi, basata sul modello adattivo dell'elaborazione delle informazioni (AIP), che utilizza forme di stimolazione bilaterale, utili a riattivare il processo di elaborazione delle informazioni memorizzate in modo disfunzionale a livello neurofisiologico, in seguito agli eventi traumatici. Il lavoro è scandito in step, a partire dal riconoscimento degli episodi più significativi nella sintomatologia espressa dal paziente e dalla loro identificazione come *target* correlati a specifici elementi cognitivi, emotivi e sensoriali, sui quali si lavorerà con la stimolazione bilaterale fino alla loro elaborazione e risoluzione in termini di disagio percepito e di cognizioni negative correlate (Shapiro, 2019).

Inizialmente utilizzato come trattamento per persone affette da Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), l'EMDR si è evoluto come un approccio integrato, dimostrando la sua efficacia non solo con il PTSD ma anche con una molteplicità di disturbi psicopatologici e con le condizioni correlate ai traumi relazionali.

Tra le terapie di elezione per il PTSD, l'EMDR presenta elevate evidenze di efficacia (Manzoni et al., 2021; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018; Navarro et al., 2018; World Health Organization [WHO], 2013).

Ad oggi, nonostante l'aumentata vulnerabilità al trauma, i dati relativi all'utilizzo dell'EMDR nella psicoterapia per l'autismo sono esigui, l'integrazione dell'EMDR nella psicoterapia per l'autismo ancora poco utilizzata, e non sono state ancora elaborate linee guida operative e generalizzabili in protocolli condivisi.

I dati ad ora disponibili, tuttavia, sono incoraggianti e indicativi della possibilità e dell'efficacia dell'utilizzo dell'EMDR con persone autistiche (Fisher et al., 2023).

Ai fini della successiva presentazione del caso clinico, sembra utile delineare, di seguito, alcune ipotesi esplicative della rilevata difficoltà di integrazione dell'EMDR nel lavoro psicoterapeutico con l'autismo.

Una riflessione sulla letteratura clinica e scientifica sulla neurodivergenza e sull'integrazione tra terapia EMDR e autismo aiuta a mettere in luce alcune delle possibili spiegazioni.

Una prima area di difficoltà può riguardare le caratteristiche neurodivergenti in sé: le persone autistiche manifestano frequentemente peculiarità nello stile narrativo, in particolare in relazione alla narrazione episodica, così come difficoltà nei processi metacognitivi e sensoriali coinvolti nel riconoscimento di stati mentali problematici o di condizioni stressanti (monitoraggio, caratterizzazione, alestitimia, propriocezione, alterazioni sensoriali e processi di integrazione). Sono rilevanti, inoltre, difficoltà specifiche a interpretare le intenzioni altrui. Tali difficoltà sono correlate da un lato a differenze nello stile pragmatico e di inferenza sociale - con consapevolezza tardiva della potenziale pericolosità di talune circostanze; d'altra parte, tali caratteristiche possono essere anche secondarie alla "normalizzazione" di ripetute esperienze avverse.

Quanto sopra delineato in termini di processi e di caratteristiche specifiche, può avere naturalmente un impatto sulla narrazione e sulla capacità della persona autistica di riconoscere e di riportare, nel dialogo terapeutico, i vissuti relativi ad esperienze consapevolmente "etichettate" come traumatiche o impattanti - che spesso non vengono riconosciute, "etichettate" e quindi

condivise, o che la persona non “sa” come esprimere, in termini di racconto, all’interno del dialogo clinico. La possibilità di condividere esperienze così impattanti, può essere inoltre compromessa dall’intensità emotiva esperita, e dall’interferenza di tale sovraccarico sui processi di regolazione cognitiva e metacognitiva, anche in relazione alla capacità dialogica (Attwood, 2008; Fung, 2021; Marino, 2024).

Altre variabili incidenti nella difficoltà a utilizzare l’EMDR in integrazione al lavoro con l’autismo, sono relative alla presenza o meno di esperienza specifica da parte del terapeuta nel lavoro con le persone autistiche e nel lavoro con EMDR, che spesso non coesistono (Fisher et al., 2023).

Inoltre, la letteratura evidenzia la rilevanza dei *bias* del terapeuta rispetto all’applicabilità dei protocolli EMDR nel lavoro con l’autismo, dovuti alla percezione di una maggiore vulnerabilità delle persone autistiche, percepita come un indicatore sfavorevole rispetto ai requisiti di stabilità e sicurezza richiesti per l’applicazione del protocollo EMDR (L-van Buuren et al., nel 2019).

Eppure, gli studi riportati concordano sull’efficacia e l’applicabilità dell’EMDR nel lavoro con l’autismo.

L-van Buuren et al. (2019) e Fisher et al. (2023), evidenziano come la terapia EMDR sia un approccio utilizzabile ed efficace nel lavoro con pazienti autistici che soffrono di sintomi post-traumatici, anche relativi a traumi relazionali, condizioni complesse che riguardano esperienze traumatiche di natura interpersonale, che avvengono all’interno di un contesto relazionale di riferimento significativo, spesso coinvolgendo le figure di attaccamento e la storia precoce del soggetto (Farina & Liotti, 2011).

I lavori degli autori, sia gli studi clinici che le revisioni, evidenziano, dopo l’applicazione dell’EMDR, sia una riduzione della sintomatologia correlata a trauma che degli aspetti sintomatologici co-morbidi.

L’utilizzo dell’EMDR sembra correlato anche miglioramenti nelle competenze di attenzione al contesto sociale, questi ultimi verosimilmente secondari al sollievo dallo stress, e alla conseguente diminuzione del sovraccarico dovuto agli elementi trauma correlati (Firat et al., 2023; Fisher et al., 2022; Fisher et al., 2023; Leuning et al., 2023; L-van Buuren et al., 2019).

Un aspetto fondamentale, infine, anche considerando le difficoltà sopra menzionate nell’utilizzo dell’EMDR nell’integrazione al lavoro psicoterapeutico con l’autismo, riguarda la mancanza di procedure condivise e protocolli dedicati all’utilizzo dell’EMDR nel lavoro terapeutico con persone neurodivergenti.

Questo aspetto risulta di particolare rilevanza, considerando le esigenze specifiche delle persone autistiche, legate alle loro caratteristiche sensoriali, metacognitive, e all’impatto del sovraccarico nei processi di elaborazione delle informazioni e sul lavoro terapeutico.

Fisher et al. (2023), in due survey studies, ribadendo i risultati positivi sull’utilizzo e l’efficacia dell’EMDR nel lavoro psicoterapeutico focalizzato sul trauma con le persone autistiche, evidenziano alcune caratteristiche ricorrenti, sottolineate dai terapeuti intervistati che hanno applicato il protocollo EMDR nel loro lavoro terapeutico con l’ASD:

- Un diffuso utilizzo di adattamenti del protocollo alle esigenze specifiche del paziente, anche in relazione a caratteristiche specificamente autismo-correlate;
- L’osservata mancanza di protocolli e di procedure standard e specifiche per l’ASD e l’opinione unanime sull’utilità di formulare procedure condivise;
- L’importanza di focalizzare le strategie e gli adattamenti del protocollo su una formulazione su misura del caso clinico;
- La necessità di formazione specifica sull’EMDR e sull’ASD e di supervisione.

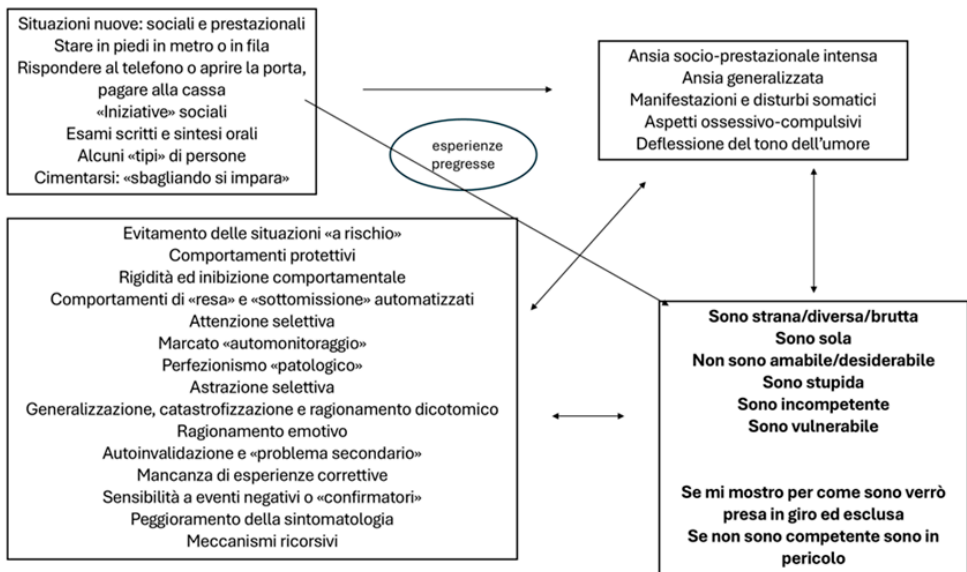
Questi ultimi elementi si aggiungono alle potenziali difficoltà sottese all'utilizzo dell'EMDR nella terapia con le persone autistiche. D'altra parte, queste stesse difficoltà sottolineano anche la grande possibilità che si aprirebbe nel lavoro psicoterapeutico con le persone nello spettro autistico, se si elaborassero protocolli specifici per l'utilizzo dell'EMDR nell'autismo, da utilizzare nel lavoro sulle esperienze traumatiche e da integrare nella formulazione del caso.

Caso clinico: “Meglio il *tapping* per me”!

Presentiamo il caso clinico di una giovane donna di 23 anni, autistica, con la quale è stato fatto un lavoro di psicoterapia cognitiva integrato con l'utilizzo dell'EMDR su specifici *target*, connessi a episodi traumatici di natura relazionale.

F. ha intrapreso la psicoterapia quando era adolescente, in seguito alla diagnosi di Disturbo dello spettro Autistico (“Autismo di livello 1, senza compromissione intellettiva e del linguaggio”), correlato a specifiche difficoltà di apprendimento (disgrafia), difficoltà di controllo esecutivo e marcata ansia socio-prestazionale.

Nella fase iniziale del lavoro, parallelamente alla conoscenza e alla costruzione di una buona relazione e alleanza, ci siamo focalizzate sull'individuazione di schemi e credenze patogene, e sugli obiettivi di vita della paziente, questi ultimi relativi al sentirsi accettata e inclusa, all'area dell'espressione spontanea, dell'autonomia e del senso di competenza e di efficacia personale e sociale. Progressivamente, in linea con i bisogni di F. e con le indicazioni in merito al lavoro sulla consapevolezza di diagnosi, in relazione all'età e alla fase di vita presenti in letteratura (Attwood & Gray, 2014) abbiamo integrato alla formulazione del caso gli elementi relativi alle caratteristiche neurodivergenti, data la loro rilevanza nel funzionamento interno del disturbo, quali variabili indipendenti (Marino, 2024). Questo, nel tempo, ha portato a un lavoro basato sulla consapevolezza della propria neurodivergenza e sulla capacità di gestirla, anche nel rapporto con gli elementi di vulnerabilità psicopatologica, in particolare in relazione all'ansia sociale e prestazionale. Di seguito, una rappresentazione grafica di alcuni elementi del profilo interno, successivamente argomentati:



Situazioni nuove, di esposizione sociale e/o suscettibili di giudizio "prestazionale", generavano nella paziente- anche a causa dell'influenza di esperienze negative pregresse- una forte risposta di allarme con evitamenti, comportamenti protettivi e inibizione, o atteggiamento interpersonale di allineamento all'opinione altrui, con scarsa consapevolezza dei propri bisogni o sacrificio.

La reazione emotiva e comportamentale, coerente con un *appraisal* negativo e di minaccia delle situazioni sociali e prestazionali, era mediata da numerosi *bias* e processi cognitivi disfunzionali, ai quali erano sottesi schemi e credenze negative appartenenti al dominio dell'auto-difettosità, dell'amabilità, della sicurezza, del controllo delle scelte e dell'autonomia.

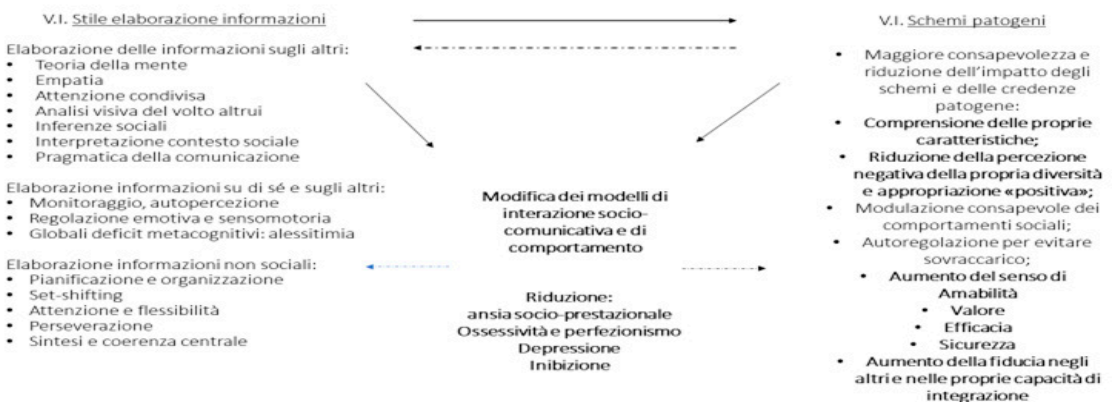
L'influenza dei meccanismi ricorsivi a circolo vizioso e della forte autocritica, insieme alla percepita impotenza nel modificare la propria situazione, contribuivano a generare sintomi somatici e deflessione del tono dell'umore.

In relazione alla sopra menzionata influenza delle caratteristiche neurodivergenti, intese come differenze nello stile di elaborazione delle informazioni, e all'idea di fondo che i processi neurodivergenti lavorino insieme agli schemi e alle credenze patogene come variabili indipendenti (V.I.), (Marino, 2024), nella psicoterapia è stato gradualmente integrato un lavoro sull'identificazione, la consapevolezza e la gestione delle proprie caratteristiche neurodivergenti, soprattutto quelle relative ai processi metacognitivi, personali, enterocettivi, sensoriali ed esecutivi, influenti per la regolazione emotiva e i comportamenti sociali e interpersonali.

Questo ha aiutato non solo in termini di consapevolezza e gestione diretta, ma anche in relazione a una maggiore consapevolezza dell'impatto di tali caratteristiche sugli schemi patogeni e sull'espressione della sintomatologia correlata.

Progressivamente, anche attraverso la rimodulazione delle credenze patogene e a una graduale esposizione alle situazioni temute, seguita da un controllo dei fatti basato su una lettura realistica degli esiti negativi e positivi, si è arrivati: a una maggiore consapevolezza personale e a una riduzione della percezione negativa della propria diversità, che ha acquistato una nota di maggiore chiarezza e gestibilità; a una modulazione consapevole dei comportamenti sociali, con maggiore padronanza dell'autoregolazione e autocontrollo del carico; a una riduzione dell'intensità, della pervasività e dell'automatismo degli schemi patogeni, con riduzione dell'ansia, del perfezionismo e dell'inibizione.

Segue una rappresentazione grafica del lavoro di integrazione fra schemi patogeni e variabili relative a processi e caratteristiche neurodivergenti:



Questa fase di lavoro ha contribuito a sostenere una profonda conoscenza, da parte di F., del proprio autismo e a sviluppare una gestione consapevole delle caratteristiche correlate, contribuendo a significativi cambiamenti cognitivi, metacognitivi e comportamentali.

Il lavoro terapeutico ha mantenuto un andamento positivo fino a che il termine dell'università e l'emersione di nuovi obiettivi, relativi a radicali cambi nello stile di vita, hanno portato alla riemersione degli schemi patogeni e di una acuta sofferenza emotiva.

I fattori di "squilibrio" ruotavano intorno al progetto di un cambio di vita legato a un trasferimento all'estero, accuratamente progettato insieme alla paziente.

Subito dopo il trasferimento, F. avverte una intensa paura, un forte senso di vulnerabilità ed inefficacia personale, percependo l'impossibilità a badare a sé stessa in modo autonomo, fronteggiando le difficoltà e gli imprevisti di una vita indipendente e lontano da casa.

Per F., rapidamente, si configura l'impossibilità di rimanere all'estero anche un solo minuto di più. Così, decide di rientrare al più presto.

Al ritorno, con la paziente, sono stati identificati alcuni eventi concreti (il viaggio lungo e scomodo, la prolungata e complessa esposizione a tanti stimoli, e la rapidità nel doversi adattare alle esigenze situazionali nel corso del viaggio), che hanno contribuito, data anche la vulnerabilità specifica della paziente, ad aumentare il sovraccarico e lo stress, incrementando le difficoltà metacognitive e di regolazione emotiva e comportamentale, con ulteriore aumento della risposta di allarme e di paura rispetto alle situazioni nuove, e conseguente peggioramento delle competenze di fronteggiamento e *coping*.

Di ritorno dall'estero, con grande rammarico, urgenza e marcato senso di inefficacia personale, F. raccontava di quanto le normali incombenze che la attendevano lì, e che avevamo previsto e "gestito" a distanza, la avessero spaventata, soprattutto in relazione a imprevisti e variazioni, e di come avesse maturato la convinzione che, prima di affrontare una situazione nuova "...bisogna essere competenti e autonomi al 100%, perché ogni incertezza può essere pericolosa".

La narrazione della paziente rivelava la presenza di convinzioni rigide, rispetto a un adeguato senso di autonomia e competenza e rispetto all'impossibilità di chiedere aiuto o di sbagliare senza esporsi a conseguenze dannose: *"L'incapacità e l'incertezza sono sempre pericolose. In caso avessi bisogno di aiuto e non sapessi esattamente cosa fare, non posso fidarmi di nessuno o affidarmi a qualcuno. Tantomeno posso esprimermi liberamente. Posso contare solo su di me, quindi l'unica soluzione è essere completamente autonomi e indipendenti. Se non ci sono queste condizioni di assoluta autonomia e competenza, nulla è fattibile."*

Nel corso del dialogo terapeutico, F. mostrava una buona capacità di messa in discussione critica e costruttiva della propria reazione e di identificare i fattori contingenti e il loro peso. Al contempo, si era sentita travolta da emozioni così intense, da essere impossibilitata a utilizzare le strategie precedentemente costruite in terapia.

Questa esperienza l'aveva spaventata molto, facendole perdere fiducia nelle capacità acquisite, riacutizzando la presa delle credenze e degli schemi patogeni, e compromettendo la sua capacità di sostenere e di adattarsi alle nuove situazioni, o contingenze, e di gestirle sul posto (lettura e firma del contratto, stipula contratti utenze, cambio inquilini, ingresso al campus di studi).

L'analisi di quanto accaduto ha messo in luce un insieme di reazioni, da parte di F., estremamente intense, non mediate, e connotate da forte attivazione emotiva e sensoriale.

Tali aspetti, hanno suggerito la presenza di elementi di natura traumatica sottostanti la risposta della paziente e, quindi, l'utilità di lavorare con strategie esperienziali maggiormente adatte alla reazione espressa, e prevalentemente focalizzate su un lavoro *bottom up*, utilizzando il protocollo EMDR.

Dopo aver introdotto e spiegato il lavoro, dando molto spazio a informazioni chiare e alla componente logica e psicoeducativa, per l'individuazione e la scelta dei *target* siamo partite dalla parte percepita come peggiore e maggiormente influente dell'episodio che ha "causato" il rientro a casa.

Abbiamo utilizzato la conoscenza delle caratteristiche neurodivergenti di F. per una accurata formulazione del caso, in relazione all'integrazione e alle scelte di adattamento dell'EMDR.

F. ha individuato come momento peggiore quello della firma del contratto e "...l'immagine di me che non so cosa fare, che ho paura di sbagliare e di trovarmi in un guaio e di non poter chiedere aiuto o informazioni al consulente, per timore di essere "criticata", o che ne sapesse meno di me".

Mantenendo l'attenzione allo stato e al carico emotivo e mentale della paziente, sulla base di questo ricordo, si è lavorato con il *floatback* per individuare, nel passato di F., l'evento o gli eventi connessi emotivamente, chiedendo alla paziente di soffermarsi sull'immagine individuata e sulle sensazioni associate, e di andare indietro con la mente, cercando di tornare alla prima volta in cui avesse sperimentato queste sensazioni.

F. ha individuato due *target*, risalenti a episodi familiari vissuti nel corso della sua infanzia, sui quali si è lavorato per evidenziare le caratteristiche correlate in termini di sensazioni corporee, emozioni e cognizioni negative:

1. Evento Target: "*Ho circa 5 anni, sono in auto con mia madre, per raggiungere un posto sconosciuto a entrambe...*"
Immagine peggiore: "*Noi che ci perdiamo e la faccia nervosa e spaventata di mamma che chiede a me cosa dobbiamo fare ed io piccola sul sedile*";
Cognizione negativa: "*Sono in **pericolo**, sono incapace, non ho il controllo e non posso fidarmi*" (dominio cognizioni: autodifettosità; **sicurezza**; controllo);
Cognizione positiva: Sono al sicuro; VoC: 3 (VoC = Validità della cognizione);
Emozioni: "*Ho paura, sono in panico e in confusione*"; SUD: 8 (SUD = Unità soggettive di disturbo); Localizzazione corporea: "*Mi scoppia il cuore e il torace*";
2. Evento Target: "*Ho circa 5-6 anni, mentre chiamo mamma lei diventa improvvisamente irascibile, senza motivo e mi sgrida. Papà per farla "calmare" mi dice di chiederle scusa...*"
Immagine peggiore: "*Io che vado da papà fiduciosa e lui che non mi difende ma mi dice "scusati, così le passa"...*";
Cognizione negativa: "***Non posso fidarmi di nessuno e non posso esprimermi***" (domini: **controllo; sicurezza**);
Convinzione positiva: Posso scegliere di chi fidarmi e posso esprimermi liberamente; Voc: 3;
Emozioni: "*Ho paura, mi sento triste, sola, ho paura e timore...sono anche arrabbiata...*";
SUD: 7; Localizzazione corporea: "*Caldo e peso al petto e voglia di piangere*."

Le cognizioni negative emerse e connesse ai target passati sono coerenti con quelle evidenziate più sopra nel testo come variabili indipendenti nella formulazione del caso di F.

Nel corso della definizione dei *target*, si è deciso di rimanere tolleranti rispetto alla coesistenza di più convinzioni negative, senza insistere per portare la paziente a isolare una sola, come da protocollo classico. Tale decisione è stata basata sul ragionamento clinico e motivata dal bisogno, date le caratteristiche della paziente, di mantenere un buon equilibrio tra attivazione, carico emotivo e cognitivo, e fluidità dell'elaborazione delle informazioni necessaria per un buon lavoro con EMDR, evitando un eccessivo carico di stress alla paziente. Tale decisione si è mostrata un adattamento strategico funzionale nell'ambito dell'integrazione tra EMDR e psicoterapia cognitiva

dell'autismo ed è in linea con i dati presenti in letteratura (Fisher et al., 2023). Nella definizione del *target* e nella successiva elaborazione, è stato il clinico a prestare attenzione ai processi cognitivi, emotivi e sensoriali connessi alla convinzione maggiormente significativa (evidenziata in grassetto), lavorando di conseguenza e sulla base dei cambiamenti comportamentali notati in fase di elaborazione.

L'integrazione con l'EMDR ha consentito l'accesso a ricordi passati significativi, nei quali la paziente ha sperimentato una connessione tra incompetenza – fisiologica al momento dei fatti – e paura, mancanza di controllo e impossibilità a confidare su un riferimento come fonte di sicurezza (la mamma, più spaventata di lei, che chiedeva aiuto a lei).

Nel secondo *target* si evidenzia la connessione, nell'esperienza della paziente, tra comportamento spontaneo e reazione imprevedibile e rabbiosa dell'altro, esperienza condizionante rispetto alle credenze relative ai domini del controllo e della sicurezza.

Questi eventi hanno contribuito a creare nella paziente una eccessiva paura delle situazioni incerte, e un timore irrazionale rispetto alle aspettative e agli standard su quanto una persona debba essere competente e autonoma per poter affrontare le situazioni, impedendole di sperimentarsi e di vivere con relativa tranquillità imprevisti ed errori, confidando nella possibilità di riparare e che "sbagliando si impara".

L'evento della firma del contratto, in una situazione così delicata e nuova, aveva rappresentato quindi un *trigger*, riattivando le esperienze traumatiche correlate e sottostanti, scatenando l'intensa reazione di F.

Individuati i *target*, la loro relazione e il loro impatto sul presente, le successive fasi di desensibilizzazione e rielaborazione con l'EMDR sono state contestualizzate nel lavoro sull'autismo, e considerando il rapporto tra caratteristiche autistiche e risposta al trauma, coerentemente con la formulazione del caso e la letteratura tematica.

Sono stati individuati degli adattamenti specifici, relativi alla scelta di dare maggiore spazio alla psico-educazione e a momenti di chiarificazione, utilizzando anche materiale visivo (schede grafiche, mappe, risorse), in linea con lo stile di elaborazione delle informazioni specifico della paziente.

Sempre alla luce di una formulazione del caso specifica in relazione alle caratteristiche di regolazione tipiche della neurodivergenza, per favorire una adeguata modulazione dell'intensità emotiva, si è deciso di alternare sedute di stimolazione a colloqui frontali di "commento", permettendo di monitorare, in modo cooperativo e condiviso, il carico di stimoli da elaborare, cercando di mantenere un buon equilibrio tra il benessere di F. e l'utilizzo e la regolazione delle capacità di sintesi e di integrazione necessarie al processo di elaborazione in corso.

Inoltre, per andare incontro alle esigenze relative alle caratteristiche attentive e sensoriali di F. si è preferito utilizzare il *tapping* (somministrato dal clinico) in integrazione alternata al *butterfly hug* (gestito, con la guida del clinico, in auto-stimolazione da parte della paziente), piuttosto che la stimolazione oculare bilaterale, che risultava gravosa in termini di *focus* attentivo e di carico sensoriale.

I *target* sono stati individuati e condivisi con la paziente alla luce del profilo interno di funzionamento e in integrazione con l'utilizzo dell'EMDR, anche in relazione all'impatto che l'autismo può avere su fattori collegati alla percezione e all'elaborazione dell'esperienza traumatica (sensorialità, sovraccarico, *overwhelming*, metacognizione).

Nel corso dell'elaborazione, il lavoro con l'EMDR ha portato a una modifica profonda delle sensazioni e delle emozioni correlate agli aspetti di trauma relazionale non elaborati, che erano stati potentemente risollecitati dai *trigger* che le situazioni vissute nel viaggio avevano rappresentato,

soprattutto in relazione agli schemi di autonomia, competenza, controllo e sicurezza connessi.

La narrazione di F. è cambiata considerevolmente, con una modifica dei parametri associati ai *target*, e un impatto positivo, generalizzato anche sulle sue capacità nel presente: *“Mi sto preparando per riprovarci e ho sempre paura. Ma ho capito che è normale essere spaventati per le cose nuove e che, anche se non mi piace proprio per niente sentirmi inesperta, questo è inevitabile in molte circostanze e non è pericoloso. Il mio autismo non sempre mi aiuta, perché mi stresso facilmente, e quando sono stanca molte sensazioni e situazioni mi sembrano impossibili e terrificanti. Ma ho imparato meglio a collegare i vari aspetti di me e a prendermene cura, e ogni giorno mi conosco di più. Sto facendo cose molto più difficili di quando ero adolescente, ed è anche giusto che sia spaventata. Ma so di non essere più quella bambina confusa e bloccata e che posso occuparmi di me e dei miei bisogni. Posso contare su di me e me ne sento fiera”*

Il lavoro *bottom up* con l'EMDR ha modificato profondamente le credenze patogene e le informazioni emotive e sensoriali collegate alle esperienze traumatiche. E' stata questa modifica, più radicale e profonda, a generare un cambiamento apprezzabile nel comportamento di F., con impatto positivo anche sulle capacità di fronteggiare situazioni nuove nel presente, rispetto alle quali F. mostra maggiore tranquillità, strategie di *coping* più fluide, più orientate all'esplorazione spontanea e meno influenzate dal senso di vulnerabilità e sfiducia; anche i comportamenti di evitamento e di ipercontrollo, così come le reazioni di inibizione, resa o fuga sono conseguentemente ridotti: *“Ora non mi sento più sola e senza aiuto. Ho capito che quella paura così forte era un ricordo, ero io che ricordavo senza saperlo. Adesso è come se potessi vedere, ogni volta che una situazione nuova mi spaventa, quella parte di me piccola e spaventata e me ne posso occupare. Non so bene come sia successo, ma qualcosa è radicalmente cambiato dentro di me. La sensazione più bella è sentirmi più sicura, capace di reagire. È un bellissimo traguardo per me.”*

L'insieme di questi cambiamenti sembra, inoltre, aver inciso anche sulla capacità della paziente di gestire con consapevolezza, ancora maggiore, le caratteristiche autismo correlate potenzialmente più "incidenti" nello stress e nella risposta psico-sociale a eventi avversi o stressanti, con più attenzione ai processi e alle strategie volte al monitoraggio e al controllo del sovraccarico e della vulnerabilità emotiva, a favore di una migliore tenuta dei processi metacognitivi e delle manovre di fronteggiamento.

Conclusioni

F. prosegue il suo lavoro in psicoterapia, continuando a lavorare su obiettivi di vita e di realizzazione personale, sempre più orientati all'indipendenza, all'autonomia e all'espressione dei propri desideri. Il consolidamento delle risorse acquisite attraverso il lavoro con l'EMDR viene costantemente monitorato nel percorso terapeutico.

Nel caso clinico presentato, l'integrazione dell'EMDR su *target* specifici, ha facilitato un cambiamento profondo, generale e stabile, riducendo l'impatto e la pervasività delle credenze patogene, diminuendo ulteriormente l'espressività sintomatologica e modulando ulteriormente, da parte della paziente, la gestione consapevole delle caratteristiche neurodivergenti, in particolare per la comprensione degli aspetti rilevanti rispetto alla percezione e alla reazione a esperienze avverse, e al loro effetto nel lungo termine, se non elaborate.

In linea con quanto evidenzia la letteratura (Firat et al., 2023; Fisher et al., 2022; Fisher et al., 2023; Leuning et al., 2023; L-van Buuren et al, 2019), l'EMDR si conferma come un protocollo efficace per il lavoro su traumi relazionali con persone autistiche, favorendo l'elaborazione e il superamento di credenze patogene e impattando positivamente sulle capacità di gestione

consapevole delle proprie caratteristiche neurodivergenti, in relazione al loro ruolo nella risposta allo stress.

Per quanto concerne lo specifico lavoro su questo caso clinico, a parere di chi scrive, l'efficacia dell'integrazione dell'EMDR è stata modulata da diversi adattamenti, elaborati sulla base delle caratteristiche neurodivergenti della paziente e sulla specifica formulazione del caso.

- Sul piano del ragionamento clinico e in relazione al *timing* nell'utilizzo di protocolli specifici, il primo adattamento è stato relativo alla scelta di effettuare il lavoro di consapevolezza sulle caratteristiche neurodivergenti prima di applicare l'EMDR, e come prerequisito necessario.

La fase terapeutica di lavoro sull'autismo, sulla consapevolezza, sulla costruzione e sulla condivisione con la paziente di un profilo interno integrato, ha consentito, infatti, sul piano del lavoro terapeutico, diversi cambiamenti indispensabili a creare il terreno adatto all'integrazione del successivo lavoro con l'EMDR: un aumento delle capacità di monitoraggio, della capacità di identificare la valenza traumatica di alcune esperienze e del loro contributo nella costruzione di significati e di temi di vita; un aumento delle capacità di narrazione, anche rispetto alla propria storia di vita; una maggiore regolazione emotiva e comportamentale; una maggiore capacità di sintesi, di integrazione e connessione fra gli eventi e fra i vari aspetti del proprio funzionamento; una migliore capacità di comprensione del proprio funzionamento "globale". Questa evoluzione ha avuto un impatto importante sulla possibilità di utilizzare l'EMDR, in quanto ha contribuito a creare una maggiore capacità, da parte di F., di identificare e di condividere eventi significativi, risorsa indispensabile per individuare i *target*, consentendo in tal modo anche una migliore "collocazione" dell'integrazione del lavoro con l'EMDR, sia come contesto che in termini di *timing*.

- Rispetto alle fasi del protocollo EMDR, sono state selezionate delle strategie e utilizzate delle variazioni specifiche, per contestualizzare l'applicazione dell'EMDR sempre in relazione al lavoro sull'autismo, elaborando alcuni adeguamenti.

Gli adattamenti specifici riguardano la fase 1 del protocollo, in relazione all'utilizzo degli episodi salienti della storia di vita e alla loro focalizzazione nell'ambito del funzionamento psicologico della paziente e la fase 2, nel corso della quale è stato dato molto spazio al percorso psicoeducativo e preparatorio. Nella fase preparatoria e psicoeducativa, gli adeguamenti sono stati utili a mantenere un equilibrio "virtuoso" tra carico di informazioni e processi di integrazione ed elaborazione, anche attraverso un ampliamento della finestra temporale dedicata a tale fase, che ha permesso alla paziente di acquisire maggiore senso di padronanza e conoscenza del percorso e del protocollo, familiarizzando con gli step e con le sensazioni sperimentare (la consapevolezza è, in tal senso, diventata una risorsa). Inoltre è stato supportato l'utilizzo di materiale visivo: (schede grafiche; mappe; risorse), utile a sostenere la capacità di elaborazione della paziente in momenti di maggiore carico (emotivo, sensoriale, cognitivo e metacognitivo).

Nelle fasi successive, seppur si è utilizzato il protocollo standard, sono stati inseriti degli accorgimenti specifici, sia nella fase di assessment (fase 3) che nella fase di desensibilizzazione (fase 4).

Nel corso della fase 3, i *target* sono stati individuati e collocati dinamicamente nel profilo interno di funzionamento della paziente, anche in relazione all'impatto che l'autismo può avere su fattori collegati alla percezione e all'elaborazione dell'esperienza traumatica. Sono state inoltre, costantemente, e con rimandi alla fase psicoeducativa, condivise informazioni sul rapporto tra

caratteristiche neurodivergenti, schemi patogeni ed elaborazione dei traumi e peculiarità di questa dinamica nell'ASD.

Lungo l'assessment e nel corso della definizione dei *target*, si è deciso di rimanere tolleranti rispetto alla coesistenza di più convinzioni negative, senza insistere per portare la paziente a isolarne una sola, come da protocollo classico. Tale decisione, come sopra argomentato, è stata basata sul ragionamento clinico e motivata dal bisogno, date le caratteristiche della paziente, di mantenere un buon equilibrio tra attivazione, carico emotivo e cognitivo, e fluidità dell'elaborazione delle informazioni necessaria per un buon lavoro con EMDR, evitando un eccessivo carico di stress alla paziente. Tale accorgimento si è rivelato un adattamento strategico e funzionale nell'ambito dell'integrazione tra EMDR e psicoterapia cognitiva dell'autismo, ed è inoltre in linea con i dati presenti in letteratura (Fisher et al., 2023).

Nella definizione dei *target* e nella successiva elaborazione, è stato il clinico a prestare attenzione ai processi cognitivi, emotivi e sensoriali connessi alla convinzione maggiormente significativa (evidenziata in grassetto), lavorando di conseguenza e sulla base dei cambiamenti comportamentali notati in fase di elaborazione.

Un ulteriore adeguamento è stato alternare, nel corso del protocollo (soprattutto durante la fase 4 di desensibilizzazione) sedute di stimolazione con l'EMDR a colloqui, di modo da valutare la necessità di interventi integrativi e per poter monitorare, insieme alla paziente, il carico emotivo, cognitivo e sensoriale nel corso degli incontri, e sempre in modo cooperativo. Inoltre, come già specificato, per andare incontro alle esigenze relative alle caratteristiche attentive e sensoriali di F. si è preferito utilizzare la *tapping* (somministrato dal clinico) in integrazione alternata al *butterfly hug* (gestito, con la guida del clinico, in auto-stimolazione da parte della paziente), piuttosto che la stimolazione oculare bilaterale, che risultava gravosa in termini di *focus* attentivo e di carico sensoriale.

Concludendo, a parere di chi scrive, nel lavoro psicoterapeutico con l'autismo, utilizzare l'EMDR successivamente a una fase di lavoro specificamente focalizzata sulla psicoeducazione e sulla consapevolezza della neurodivergenza, e selezionare adattamenti specifici all'utilizzo del protocollo, sembra aumentare l'efficacia e la *compliance*, nella relazione terapeutica e nei risultati terapeutici, aumentando anche l'effetto positivo dell'EMDR in relazione al *timing* specifico in cui si decide di integrarlo nel lavoro terapeutico, rispetto a una introduzione standard del protocollo fin dalle prime fasi della terapia. Sembra quindi più utile, sia in termini di ragionamento clinico che rispetto alle strategie di intervento, che il *timing* di inserimento dell'EMDR nella terapia con persone autistiche venga valutato sulla base della formulazione del caso e - da quanto si può evincere in base alle conoscenze che abbiamo sulla neurodivergenza e dagli elementi generalizzabili di questo *case report* - che vada applicato dopo una fase di lavoro specificamente focalizzata sull'autismo.

Ad oggi, i dati relativi all'utilizzo dell'EMDR nella psicoterapia per l'autismo sono ancora esigui, l'integrazione di EMDR ancora poco utilizzata, e non sono state ancora elaborate linee guida operative generalizzabili in protocolli condivisi (Firat et al., 2023; Fisher et al., 2022; Fisher et al., 2023; Leuning et al., 2023; L-van Buuren et al., 2019).

Il caso clinico descritto potrebbe rappresentare, nell'intento delle autrici, il primo *step* per il successivo sviluppo di una linea guida pratica per l'applicazione dell'EMDR nella terapia con persone autistiche, e per la raccolta di dati ed elementi utili alla successiva generalizzazione e formulazione di un protocollo condivisibile.

Consapevoli dei limiti di un *case report* nel fornire elementi generalizzabili per la pratica clinica, sappiamo che il ragionamento basato sulle evidenze, insieme a una formulazione del caso attenta e "sartoriale", aiuta a raccogliere informazioni che speriamo potranno, nel tempo,

convergere in nuove evidenze e in procedure sistematizzate e condivisibili, utili a migliorare il lavoro psicoterapeutico e i modelli di intervento integrati tra EMDR e psicoterapia cognitiva nel lavoro con persone nello spettro autistico.

Bibliografia

- American Psychological Association (2023). *Inclusive language guide* (2nd ed.). <https://www.apa.org/about/apa/equity-diversity-inclusion/language-guidelines.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Raffaello Cortina. (Edizione italiana, 2023).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). Raffaello Cortina. (Edizione italiana, 2014).
- Attwood, T. (2008). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers. (Edizione italiana a cura di D. Moscone e D. Vagni, 2019, *Guida completa alla sindrome di Asperger*, Edra).
- Attwood, T., & Gray, C. (2014). *Gli devo dire che è Asperger? Strategie e consigli per spiegare la diagnosi di spettro autistico alla persona, alla famiglia e alla scuola*. Edizioni Armando.
- DePrince, A. P. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6 (1), 125–141. https://doi.org/10.1300/J229v06n01_08
- Farina, B., & Liotti, G. (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivismo Clinico*, 8 (1), 3–17. <https://doi.org/10.36131/>
- Firat, S., Atik, S., & Herguner, S. (2023). Autism spectrum disorder and specific phobia. Treatment with eye movement desensitization and reprocessing: Report of two cases. *Psychiatria Danubina*, 35(3), 440–444. <https://doi.org/10.24869/psyd.2023.440>
- Fisher, N., Patel, H., van Diest, C., & Spain, D. (2022). Using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with autistic individuals: A qualitative interview study with EMDR therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95, 1071–1089. <https://doi.org/10.1111/papt.12419>
- Fisher, N., Van Diest, C., Leoni, M., & Spain, D. (2023). Using EMDR with autistic individuals: A Delphi survey with EMDR therapists. *Autism*, 27(1), 43–53. <https://doi.org/10.1177/13623613221080254>
- Fung, L. K. (2021). *Neurodiversity: From phenomenology to neurobiology and enhancing technologies*. American Psychiatric Association Publishing.
- Hossain, M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., Lisako, E., McKyer, J., Ahmed, H. U., & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 287, 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>
- Leuning, E. M., van den Berk-Smeekens, I., van Dongen-Boomsma, M., & Staal, W. G. (2023). Eye movement desensitization and reprocessing in adolescents with autism: Efficacy on ASD symptoms and stress. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 981975. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.981975>
- Lobregt-van Buuren, E., Sizoo, B., Mevissen, L., & De Jongh, A. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with autism spectrum disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(1), 151–164. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3687-6>
- Maenner, J.M., Warren, Z., Williams, A.R., Amoakohene, E., Bakian, A.V., Bilder, D.A., Durkin, M.S., Fitzgerald, R.T., Furnier, S.M., Hughes, M.M., Ladd-Acosta, C.M., McArthur, D., Pas, E.T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J., Nguyen, R.H.N., ... Shaw, K.A. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020 *MMWR Surveill Summ*. 2023 Mar 24; 72(2). <http://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
- Manzoni, M., Fernandez, I., Bertella, S., Tizzoni, F., Gazzola, E., Molteni, M., & Nobile, M. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing: The state of the art of efficacy in children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282, 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.045>

jad.2020.12.088

- Marino, M. (2024). *Autismo e psicoterapia in età adulta: Modelli e strategie di intervento cooperativo e focalizzato sulla consapevolezza*. Franco Angeli.
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679–688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Guideline [NG116]. NICE.
- Navarro, P. N., Romero, L. R., Wanden-Berghe, R. G., Moreno-Alcázar, A., Gomez, A. V., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2018). 25 years of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(2), 101–114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Rumball, F., Happé, F., & Grey, N. (2020). Experience of trauma and PTSD symptoms in autistic adults: Risk of PTSD development following DSM-5 and non-DSM-5 traumatic life events. *Autism Research*, 13(12), 2122–2132. <https://doi.org/10.1002/aur.2306>
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211–217. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
- Shapiro, F. (2019). *EMDR. Il manuale: Principi fondamentali, protocolli e procedure* (Nuova ed.). Raffaello Cortina Editore.
- Vivanti, G. (2020). Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04280-x>
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.