



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione**

**Corso di laurea triennale in scienze psicologiche
dello sviluppo e dell'educazione**

Tesi di Laurea Triennale

**L'EDUCAZIONE SESSUALE E AFFETTIVA
PER PERSONE NELLO SPETTRO
AUTISTICO SENZA DEFICIT
INTELLETTIVO**

**Sex and affective education for people on the autism spectrum without
intellectual deficit**

Relatrice:

Prof.ssa Marta Panzeri

***Laureanda:* Elisabetta Perin**

***Matricola:* 47170**

Anno accademico 2022/23

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 - LO SPETTRO AUTISTICO	3
1.1. Cosa è l'autismo.....	3
1.2. Spettro autistico senza disabilità intellettiva.....	5
CAPITOLO 2 - SESSUALITÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO	7
2.1. I problemi della sessualità nell'autismo.....	7
CAPITOLO 3 - EDUCAZIONE AFFETTIVA E SESSUALE NELLO SPETTRO AUTISTICO DI LIVELLO 1	11
3.1. Educazione affettiva nello spettro autistico senza deficit intellettivo.....	11
3.2. Educazione sessuale nello spettro autistico senza deficit intellettivo.....	13
BIBLIOGRAFIA	21

INTRODUZIONE

“Lo sviluppo sessuale, inteso sia come maturazione fisica che come insorgenza di impulsi sessuali, è una tappa obbligatoria che non viene scalfita dalla neuro diversità.”

(Ballan e Freyer, 2017; Sullivan e Caterino, 2008)

La *World Association of Sexual Health* (2008) sostiene che: ogni essere umano, in quanto tale, ha il diritto a una vita sessuale appagante. Questo prevede la possibilità di poter decidere del proprio corpo e avere il diritto a relazioni e pratiche sessuali consensuali (<https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>).

È facile però immaginare che i temi della sessualità e affettività possano essere erroneamente sottovalutati quando si ha a che fare con ragazzi nello spettro autistico (ASD), poiché si privilegia il raggiungimento di altri obiettivi come quello dell'autonomia sociale.

Durante il periodo adolescenziale i ragazzi con ASD vivono il cambiamento del loro corpo, delle emozioni e il risveglio degli impulsi sessuali come delle sfide di cui non riescono a comprendere a pieno il senso e necessiterebbero di un maggior supporto da parte della famiglia e dai professionisti della salute mentale, i quali si trovano anch'essi impreparati e spaesati (Ballan e Freyer, 2017). La letteratura esistente che tratta del tema “sessualità e affettività” nello spettro autistico è tuttora limitata, come anche i progetti di educazione sessuale e affettiva volti a promuovere degli atteggiamenti adattivi nei giovani con spettro autistico (*ibidem*).

La volontà di approfondire il tema della sessualità e affettività nello spettro autistico nasce, oltre che per interesse personale, anche per il fatto che in questo ambito vi sono numerosi pregiudizi e stereotipi che limitano la comprensione di alcuni comportamenti e difficoltà tipici della persona con autismo.

A tal proposito, è stata effettuata un'analisi bibliografica su articoli e libri scientifici, approfondendo il tema della sessualità e affettività nello spettro autistico senza deficit intellettivo, in quanto questa categoria diagnostica, trovandosi maggiormente a

vivere esperienze sessuali (rispetto alle persone con spettro autistico più severo), incontra numerose difficoltà e sfide.

Inizialmente, verrà affrontato il tema dell'autismo nelle sue caratteristiche diagnostiche, con maggiore attenzione alla categoria senza deficit intellettivo associato.

Successivamente, verrà effettuata un'analisi delle varie difficoltà sessuali ed affettive a cui devono far fronte i ragazzi con autismo senza deficit cognitivo, confrontandoli con i neurotipici.

Infine, verrà posta particolare attenzione alle linee guida e interventi esistenti per una educazione sessuale adeguata.

CAPITOLO 1 - LO SPETTRO AUTISTICO

1.1. Cosa è l'autismo

Con il termine autismo, parola derivante dal greco "*autos*" e cioè sé stesso, ci si riferisce all'autoreferenzialità, alla negazione dell'altro e del senso di realtà (Treccani, 2016) e si caratterizza per le difficoltà nell'interazione sociale, per la compromissione della comunicazione verbale e non verbale e per un repertorio di attività e interessi bizzarri, limitati e ripetitivi (Lord, Elsabbagh, Baird e Veenstra-Vanderweele, 2018).

Il termine autismo è stato coniato per la prima volta da Kenner nel 1943 dopo aver condotto degli studi sui comportamenti di 11 bambini di età compresa fra i 2 e i 10 anni e osservò che tutti presentavano dei tratti comuni fatti rientrare nel così detto "disturbo autistico del contatto affettivo" (Harris, 2018, p.1). Le caratteristiche rilevate da Kenner erano: importanti deficit nella comunicazione e nel linguaggio, interessi ristretti nelle attività e comportamenti stereotipati con forte aderenza alle routine (*ibidem*).

Nel 1944 Hans Asperger descrisse le caratteristiche di 4 bambini e, notando delle sostanziali differenze rispetto a quelle precedentemente evidenziate da Kenner, ha coniato il termine di "psicopatia autistica" (Harris, 2018, p.1). Questo disturbo si caratterizza per difficoltà nelle abilità sociali e nella reciprocità socio-emotiva, anche se le capacità intellettive, mnemoniche e di linguaggio possono risultare nella norma (*ibidem*).

Nel 1981 questa categoria è stata nominata "Sindrome di Asperger" da Lorna Wing, la quale ha suggerito un *continuum* dello spettro autistico, con differenti gradazioni e varianti (Harris, 2018 p.3). A tutt'oggi l'autismo è considerato un disturbo che può variare da grave a molto lieve (Lavelle, Weinstein, Newhouse, Munir, Kuhltha e Prosser, 2014).

Nonostante le differenze interindividuali, i domini maggiormente interessati sono la comunicazione sociale, la limitatezza e ripetitività dei comportamenti sensoriali-motori indipendentemente dalla cultura d'appartenenza, dall'etnia, dalla razza e dalla condizione socioeconomica (Khan, Gallo, Arghir, Budisteanu, Budisteanu, Dobrescu e Elsabbagh, 2012).

Con la finalità di rendere più agevole la diagnosi di autismo, l'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR, APA, 2022), ha unificato, rispetto ai precedenti manuali, vari sottotipi (disturbo di Asperger e disturbo

pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato) in un unico spettro. Il DSM-5-TR riconosce un'alta comorbidità con altri disturbi di origine sia genetica (come la sindrome dell'X fragile) che psichiatrica (ad esempio il disturbo da deficit dell'attenzione e dell'iperattività). Per effettuare la diagnosi, è necessario valutare la presenza di deficit in tutte e tre le sotto aree della comunicazione sociale (**Criterio A**) e in almeno due dei quattro sotto domini dei comportamenti senso-motori limitati e ripetitivi (**Criterio B**), specificandone la gravità (*ibidem*).

I sintomi del **Criterio A** si riferiscono a:

- deficit nella reciprocità socio-emotiva (ad es., anomalie e fallimenti nelle conversazioni);
- problemi nella comunicazione non verbale (ad es., deficit nella comprensione e nell'uso dei gesti);
- difficoltà nell'adattamento interpersonale (ad es., difficoltà a fare amicizia e condividere interessi).

I sintomi del **Criterio B** comprendono:

- attività o eloquio ripetitivo (ad es., ecolalia, porre giochi in fila);
- eseguire comportamenti e attività con una routine rigida (ad es., mangiare sempre lo stesso cibo o percorrere sempre lo stesso itinerario);
- interessi circoscritti (ad es., utilizzo di oggetti particolari, dimostrando un attaccamento eccessivo);
- avere una percezione sensoriale di vari gradi di intensità – ipo o iper-sensorialità (ad es., toccare o annusare oggetti di frequente, non accusare dolore o essere molto sensibile ai suoni).

Tali sintomi devono essere clinicamente significativi, cioè devono compromettere la funzionalità dell'individuo nella sua quotidianità in ambiti rilevanti come il lavoro, la scuola e nel sociale (*ibidem*).

È importante sottolineare che l'ampia variabilità della manifestazione del disturbo non consenta di delineare un quadro che descriva in modo univoco e definito il decorso dello spettro autistico.

1.2. Spettro autistico senza disabilità intellettiva

Il DSM-5-TR prevede di evidenziare gli specificatori di gravità per descrivere in modo preciso e dettagliato la sintomatologia attuale, pur tenendo conto della notevole variabilità nei diversi contesti e nel tempo. È fondamentale soprattutto specificare se il profilo dell'individuo si presenta “con o senza compromissione intellettiva associata” e quindi sono necessarie delle stime separate delle abilità verbali e non verbali per comprenderne a pieno il livello intellettivo. Infatti, la sintomatologia degli individui senza difficoltà cognitive si differenzia da quella con compromissione associata (APA, 2022).

I sintomi per gli individui nello spettro autistico senza deficit intellettivo, cioè senza problematiche di linguaggio e con QI nella media superiore, si riferiscono a una difficoltà nella comunicazione e nella comprensione; difficoltà nella reciprocità socio-emotiva ed interessi ristretti, stereotipati e inusuali. In particolare, le difficoltà si evidenziano nel contatto visivo, nelle espressioni facciali e nel linguaggio non verbale, nella gestualità, nella postura e nella prosodia (APA, 2022). Uno dei principali deficit è quello di non comprendere i segnali sociali e di rispondere in modo inadeguato alle circostanze (Moscone e Vagni, 2013). I ragazzi con autismo non riescono a decodificare i segnali del linguaggio non verbale e gli scambi verbali assomigliano più a un monologo invece che a una conversazione a due (Hénault, 2006). La loro principale difficoltà è quella di iniziare e poi continuare una conversazione, anche perché non comprendono a pieno i doppi sensi e l'ironia, portando così al loro isolamento. Ciò è anche dovuto alla difficoltà di empatia e di reciprocità emotiva per cui si evidenzia una problematica nell'istaurare e mantenere relazioni di amicizia (*ibidem*). Queste difficoltà, secondo la “Teoria della mente (ToM)”, dipendono dal non riuscire ad attribuire uno stato mentale sia a sé stessi che agli altri, in quanto faticano a decodificare le proprie e le altrui emozioni, pensieri, desideri ed opinioni non riuscendo ad interpretarle (Baron-Cohen, 2000).

Spesso la sintomatologia può presentare anche problematiche nella motricità sia fine che complessa, con limitata coordinazione mano-occhio e movimenti corporei spesso goffi e bizzarri (Hénault, 2006).

Inoltre, la gestione e l'organizzazione del tempo costituisce una sfida per la persona, preferendo così la solita routine e schemi fissi di scomposizione della giornata (Moscone

e Vagni, 2013). Come una sorta di circolo vizioso, la necessità di struttura e perenne controllo portano gli individui a soffrire d'ansia (*ibidem*) rispondendo dunque con l'evitamento, la rinuncia dei rapporti sociali e con l'incremento dei sintomi depressivi (Van Heijst, Deserno, Rhebergen e Geurts, 2020; Hénault, 2006).

CAPITOLO 2 - SESSUALITÀ NELLO SPETTRO AUTISTICO

2.1. I problemi della sessualità nell'autismo

Tuttora, nella società odierna, il tema della sessualità viene spesso vissuto con disagio e distacco sia in famiglia che in ambienti scolastici ed extra-scolastici. Può capitare che manchi una comunicazione diretta, spontanea e aperta con gli adolescenti, i quali vivono la sessualità come una sorta di tabù. È facile immaginare quanto questo scenario sia ancor più marcato nelle disabilità e più nello specifico nello spettro autistico, dove si impregna di stereotipizzazioni ed evitamento (Sanzovo e Rosso, 2005).

Lo conferma il fatto che, nonostante l'interesse, vi siano al momento pochi studi in letteratura sulla sessualità e affettività nello spettro autistico e manchino delle linee guida specifiche su programmi e interventi di educazione in grado di accompagnare i ragazzi, le famiglie e i professionisti nell'affrontarne l'argomento (Hénault, 2006; Sanzovo e Rosso, 2005).

Per le persone nello spettro autistico, come per gli individui neurotipici, la sessualità rimane un aspetto altamente importante e funzionale al sano sviluppo umano e al benessere psicologico (Byers, Nichols e Voyer, 2013; Byers e Nichols, 2014). Una recente meta-analisi di 27 studi osservazionali e trasversali ha analizzato l'impatto della sessualità e dell'affettività sulla vita, confrontando la popolazione autistica senza deficit intellettivo con una coorte di individui con sviluppo tipico e focalizzandosi principalmente sulle differenze di genere. I risultati hanno confermato il fatto che i ragazzi con spettro autistico (soprattutto coloro senza deficit cognitivo) presentano livelli equiparabili di interesse e desiderio sessuale dei loro coetanei neurotipici, anche se con alcune differenze e maggiori problematicità (Pecora, Mesibov e Stokes, 2016). È proprio durante l'adolescenza che si notano maggiormente le differenze fra il gruppo di ragazzi con sviluppo tipico e ragazzi nello spettro, poiché si incrementano le discrepanze fra maturità fisica e capacità socio-emotive di quest'ultimi (Dekker, Van der Vegt, Visser, Tick, Boudesteijn, Verhulst, Maras, Greaves-Lord, 2015). I ragazzi che hanno ricevuto una diagnosi di autismo, pur sviluppandosi fisicamente allo stesso ritmo dei loro coetanei neurotipici, potrebbero non presentare, a parità di età, le stesse abilità sociali, comunicative e psicologiche, adottando comportamenti sessuali non sempre idonei e

socialmente appropriati ai vari contesti (Sullivan e Caterino, 2008). Infatti, Stokes e Kaur (2005), confrontando le risposte a un questionario (*Sexual Behaviour Scale*, SBS) di 51 genitori di ragazzi con sviluppo normale e altrettanti 23 di adolescenti con autismo senza deficit cognitivo, hanno riscontrato che questi ultimi mostrano maggiori comportamenti inappropriati in pubblico. Secondo gli autori, le esibizioni pubbliche di comportamenti sessuali, come toccare le parti intime proprie o altrui, masturbarsi o svestirsi in pubblico, potrebbero derivare anche dal fatto che i ragazzi con autismo non comprendano a pieno i luoghi e i tempi socialmente accettabili per impegnarsi in tali attività (Stokes e Kaur 2005). Inoltre, gli adolescenti con autismo potrebbero percepire erroneamente le intenzioni altrui, ricercando così un contatto che invece non è desiderato (Ballan, 2012). Numerosi studi hanno evidenziato che, a causa di questa loro ingenuità e difficoltà nel comprendere le volontà degli altri, i ragazzi con diagnosi di autismo di livello 1 (soprattutto le femmine) possono essere soggetti a vittimizzazione e abusi sessuali (Pecora *et al.*, 2016; Ballan, 2012). A conferma di ciò, Mandell e collaboratori (2005) hanno rilevato che, all'interno dello spettro autistico senza deficit cognitivo associato, circa una persona su sei aveva subito abusi sessuali, in quanto considerati come facili bersagli (Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro e Pinto-Martin, 2005). Gli studi clinici di Attwood (2007) su ragazze con autismo senza deficit cognitivo confermano che le limitate relazioni sociali, la bassa autostima e l'incapacità di esprimere giudizi le rendono maggiormente promiscue e vulnerabili a intraprendere rapporti sessuali anche con partner violenti e inaffidabili (Attwood, 2007). Si aggiunge anche il fatto che queste ragazze non sempre possiedono le adeguate competenze linguistiche e comunicative per descrivere e segnalare casi di abuso e di violenza (Edelson, 2010). Oltre alla differenza di genere nel livello di vittimizzazione, le femmine con diagnosi di autismo senza deficit cognitivo sperimentano anche maggiori livelli di frustrazione, ansia e problemi sessuali rispetto ai maschi con medesima diagnosi, pur manifestando, grazie a strategie di adattamento simili ai coetanei con sviluppo tipico, meno comportamenti sessuali inappropriati, maggiore esperienza e tolleranza nei confronti dell'omosessualità (Pecora *et al.*, 2016; Attwood 2009; Head, McGillivray e Stokes, 2014; Gilmour, Schalomon e Smith, 2012).

Rispetto alla popolazione generale, l'esperienza della sessualità tra le persone con autismo sembra essere meno etero-normativa, con tassi più elevati di omosessualità (George e Stokes, 2018). Gilmour e collaboratori (2012) hanno confrontato le risposte

self-report sulla conoscenza e sulle esperienze sessuali di un totale di 82 adulti con autismo di livello 1 con quelle di 282 individui della popolazione generale e hanno riscontrato che il primo gruppo presentava livelli di asessualità, omosessualità e bisessualità nettamente superiori rispetto al gruppo di controllo, pur presentando livelli simili di comprensione del linguaggio sessuale. Successivamente, gli autori si sono concentrati unicamente sul campione di individui con diagnosi di autismo e hanno evidenziato come le femmine, rispetto ai maschi, presentino livelli significativamente inferiori di eterosessualità (Gilmour *et al.*, 2012).

Tenendo conto di tutte le difficoltà e problematicità che devono affrontare gli individui con autismo di livello 1 è chiaro quanto possa essere fondamentale e necessaria un'adeguata e completa educazione sessuale (Pecora *et al.*, 2016). Le persone con autismo, rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico, in generale ricevono meno informazioni sulla sessualità poiché molto spesso i genitori e gli specialisti sono restii a introdurre l'argomento, temendo che così facendo possano incentivare i comportamenti e gli atteggiamenti sessuali, specialmente quelli non appropriati (*ibidem*). Questi adolescenti poiché trovano difficoltoso colloquiare con gli amici e conoscenti sul tema, tendono maggiormente a rivolgersi e ricercare informazioni sul web e sui vari social media, con il rischio di venire adescati più facilmente dai predatori o, a causa delle scarse capacità di discernere ciò che è giusto da ciò che è invece sbagliato, di avere persino problemi legali (Pecora *et al.*, 2016; Dubin, Henault e Attwood, 2014).

È necessario, dunque, tenere conto delle vulnerabilità e delle difficoltà socio-emotive dei ragazzi con diagnosi di autismo di livello 1, con il fine di offrire loro il giusto sostegno di cui necessitano attraverso una collaborazione attiva fra genitori, caregiver e specialisti, anche per quanto riguarda la sfera sessuale (Chan e John, 2012).

CAPITOLO 3 - EDUCAZIONE AFFETTIVA E SESSUALE NELLO SPETTRO AUTISTICO DI LIVELLO 1

3.1. Educazione affettiva nello spettro autistico senza deficit intellettivo

Il concetto di affettività ricopre numerosi aspetti della vita, a partire dai processi neurobiologici fino alle esperienze più soggettive, per cui è difficile trovare una definizione che sia completa ed esaustiva (Baggio e Quinzi, 2021). Si potrebbe definire come l'insieme dei sentimenti e delle emozioni provate da una persona in risposta alle varie situazioni e relazioni che vive quotidianamente (*ibidem*). Esprimere e ricevere affetto è un bisogno umano fondamentale e di vitale importanza perché permette di entrare in relazione con noi stessi e gli altri in maniera funzionale e soddisfacente (Guerrero e Floyd, 2005).

La capacità di prendersi cura e comprendere i sentimenti propri e altrui spesso costituisce una difficoltà per le persone con diagnosi di spettro autistico (Attwood, 2006). Uno dei principali problemi nell'affettività di alcuni di loro è l'iper o ipo-sensorialità che può portare a percepire i gesti, ad esempio una carezza o un abbraccio, come stimoli avversivi, poiché, oltre all'esperienza sensoriale diversa, la loro regolazione emotiva è meno adattiva rispetto ai neurotipici (Moscone e Vagni, 2013). Queste persone trovano difficile comprendere i pensieri, i desideri e le intenzioni altrui e riconoscere, durante un'interazione, i diversi segnali sociali (Baron-Cohen, Tager-Flusberg e Lombardo, 2013). Un'inadeguata interpretazione degli atteggiamenti sociali, come il tono di voce o un'espressione del viso, potrebbe provocare comportamenti non conformi all'emozione corrispondente. Come una sorta di circolo vizioso, le difficoltà nella reciprocità emotiva delle persone con autismo possono causare stress, isolamento e depressione, precludendogli la possibilità di giovare dei rinforzi positivi delle relazioni sociali (Moscone e Vagni, 2013). Queste problematiche nella sfera dell'affettività ricordano spesso alcune delle peculiarità dell'alessitimia, come tratto di personalità: l'individuo presenta minore capacità di analizzare, riconoscere ed esprimere le proprie emozioni e i sentimenti (Fitzgerald e Bellgrove, 2006).

Per supportare le persone con diagnosi di autismo senza deficit cognitivo nello sviluppare la propria emotività è fondamentale implementare dei programmi di educazione affettiva in modo da incentivare il riconoscimento di tutte quelle sensazioni

corporee, dei pensieri e dei comportamenti derivati dall'emozione sottostante (Moscone e Vagni, 2013). Secondo le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del 2011 (Ministero della Salute, Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, 2011) per "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti", l'intervento d'elezione per lo sviluppo affettivo è la *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT). All'interno di questo approccio è stato sviluppato da Attwood e collaboratori (2008) il programma CAT-Kit-Educazione cognitivo affettiva (Scarpa, Bianco e Attwood, 2013). Questo programma contiene, come una sorta di cassetta degli attrezzi, una serie di tecniche, strumenti e strategie che, offerte ai ragazzi e alle ragazze con spettro autistico, possono essere impiegate per modificare e ampliare il loro repertorio comportamentale (*ibidem*). Alcune di queste tecniche e strategie consistono nell'allargare il vocabolario espressivo delle emozioni, con la finalità di aiutare le persone con autismo a comunicare con accuratezza e precisione i propri stati d'animo. Vengono anche istruiti in modo tale da riuscire a tener traccia, su appositi strumenti, degli stati emotivi provati, specificandone la condizione psicofisica, il contesto e gli antecedenti dell'emozione stessa (Linehan, 2018). Una volta che la persona con autismo ha imparato a individuare in autonomia le proprie emozioni, si lavora affinché possa determinarne il grado di intensità tramite l'ausilio di appositi strumenti come "il misuratore delle emozioni" (Moscone e Vagni, 2013). Con il fine di identificare il comportamento più adeguato nelle varie relazioni e interazioni, la rete sociale della persona viene rappresentata graficamente (attraverso i diagrammi di Todd a cerchi concentrici) e per ciascun tipo di rapporto si accompagna l'individuo a riflettere sugli atteggiamenti e argomenti più idonei alla situazione (Scott e Carrington, 2011). Tramite il *role playing*, l'ABC emozionale e il *modelling*, si attua successivamente la ristrutturazione cognitiva che permette alla persona con autismo di livello 1 di modificare la propria visione della realtà, degli altri e di sé stesso in maniera più funzionale (Eifert e Forsyth, 2005).

L'obiettivo dell'educazione affettiva rimane quello di modificare i processi cognitivi ed emotivi disfunzionali con il fine di potenziare, nelle persone con autismo, l'autoconsapevolezza, le abilità sociali e la regolazione emotiva, partendo sempre da un'analisi individuale delle loro strategie di adattamento intrinseche (Moscone e Vagni, 2013).

3.2. Educazione sessuale nello spettro autistico senza deficit intellettuale

Gli operatori e i professionisti che lavorano nell'ambito delle disabilità molto spesso si domandano come poter aiutare e supportare le persone con disabilità nell'affrontare i rapporti affettivi e sessuali in maniera soddisfacente.

Ad oggi l'argomento è ancora poco affrontato poiché il tema è impegnativo e complesso e gli stessi professionisti e genitori non si sentono sufficientemente adeguati e preparati (Sanzovo, 2018).

La formazione dell'identità sessuale implica percorsi e processi complessi che non si esauriscono nella mera fisicità o in un semplice atto ma nell'essere in grado di condividere, sentire e aprirsi all'altro. Specialmente in presenza di una disabilità questo percorso può risultare impegnativo e non sempre privo di problemi e ostacoli. I tanti pregiudizi e condizionamenti esterni portano spesso a negare il fatto che anche la persona con una disabilità possieda dei bisogni e dei desideri sessuali. La sessualità deve, al contrario, essere riconosciuta come componente essenziale per l'autodeterminazione di ogni persona e dunque dovrebbero essere elaborati dei progetti educativi a sostegno dell'inclusione nel rispetto al diritto alla sessualità (*ibidem*).

Una delle poche revisioni della letteratura, proveniente da un progetto di ricerca italiano, si è focalizzata a indagare le metodologie e le linee guida generali per implementare il benessere sessuale nelle disabilità, giungendo alla conclusione che, prima di affrontare gli aspetti prettamente sessuali, sia fondamentale incrementare le abilità sociali con gruppi di *social skill training* (*ibidem*). Questo programma, attraverso interventi psicoeducativi, individuali e di gruppo, si prefigge di sviluppare nella persona con disabilità una corretta cura di sé, del proprio corpo, delle abilità sociali e interpersonali di base per instaurare future relazioni amicali. I gruppi svolgevano, attraverso il *role playing*, delle sorte di simulate su come approcciarsi correttamente all'altro; ad esempio i partecipanti si esercitavano su come fare o rispondere a dei complimenti, sulle modalità in cui proporre o accettare un appuntamento e persino su come rifiutare degli approcci sessuali indesiderati o non sicuri. Acquisire maggiore consapevolezza del proprio corpo, riuscendo a controllare i propri comportamenti ed emozioni, porterà di conseguenza la persona con disabilità a ricercare relazioni intime (*ibidem*). Solo successivamente si potrà pensare di implementare dei precisi percorsi

educativi sulla sessualità, tenendo in considerazione le specificità delle differenti disabilità.

Per quanto riguarda lo spettro autistico è fondamentale tenere a mente tutte le possibili problematicità e difficoltà al fine di implementare un programma educativo idoneo al grado intellettivo di ciascuna persona. È stato ormai da tempo riconosciuta la necessità di un'educazione sessuale per le persone con spettro autistico, ma sono ancora pochi i programmi offerti agli individui che non presentano deficit cognitivo associato (Hénault, 2006).

Un primo programma di educazione socio-sessuale era già stato approntato per le persone autistiche ma si focalizzava principalmente sui problemi di comunicazione e di relazione interpersonale, non fornendo lo spazio necessario alla psicoeducazione sessuale, la quale peccava di praticità (*ibidem*).

Un programma più promettente per le persone con autismo di livello 1 ma con alta comorbilità con disturbi comportamentali è quello proposto da alcuni ricercatori, che include attività pratiche e dotate di supporti visivi, riuscendo a raggiungere un alto livello di partecipazione e coinvolgimento (*ibidem*). Questo tipo di intervento ha posto le basi per implementare un programma di 12 *workshop* sulla sessualità ancora più innovativo e specifico che prevede attività concrete e ricorsive con il fine di supportare il singolo ad acquisire a pieno quanto proposto. Le varie sessioni includono strategie di tipo cognitivo-comportamentale con l'ausilio di schede valutative, video, foto e software per il riconoscimento facciale delle emozioni come il *Mind-Reading* software (Baron-Cohen Golan, Wheelright e Hill, 2004) e il *Gaining Face* software (Asperger, 2000). L'intero programma ha avuto una durata di 12 settimane consecutive, che ha permesso ai partecipanti di instaurare relazioni interpersonali fra di loro e una sorta di alleanza e fiducia con i vari professionisti (Hénault, 2006). Le singole sessioni, della durata di circa 90 minuti, sono state adattate all'età, ai bisogni e alla recettività dei singoli partecipanti (*ibidem*). I professionisti hanno affrontato una vasta varietà di tematiche per le singole sessioni come:

1. **Assessment e introduzione al programma.** Durante la prima sessione, i partecipanti hanno ricevuto istruzioni dettagliate sulle tematiche e scopi del programma, hanno risposto a schede conoscitive riguardo a sé stessi e le proprie

conoscenze generali sulla sessualità, compilando il questionario *Derogatis Sexual Function Inventory* (DSFI) (Derogatis e Melisaratos, 1979).

2. **Introduzione alla sessualità ed esercizi sulla comunicazione.** La seconda sessione ha presentato una serie di esercizi comunicativi con lo scopo di incentivare riflessioni su tematiche sessuali e sulle emozioni maggiormente provate. Inoltre, tramite discussioni in piccoli gruppi, è stato possibile analizzare il linguaggio sessuale e i vocaboli conosciuti dai partecipanti, inserendone di nuovi e più adeguati.
3. **Amore e amicizia.** L'obiettivo principale è stato quello di indagare e riconoscere le caratteristiche riguardanti l'amore e l'amicizia e i valori che i partecipanti auspicerebbero trovare in un partner.
4. **Aspetti fisiologici della sessualità.** Questa sessione si è prefisso di rivedere le nozioni di base sull'anatomia e sulle differenti caratteristiche, strutture e funzioni degli organi riproduttori, con lo scopo di promuovere un'immagine positiva di sé.
5. **Relazioni e comportamenti sessuali.** In questa sessione, i partecipanti sono stati spronati a descrivere cosa sia per loro una relazione sessuale e quali potrebbero essere le principali paure e timori. Utilizzando strumenti pratici, si è analizzato come i cinque sensi siano differentemente coinvolti durante un rapporto sessuale e sono state fornite strategie utili alle persone con diversa sensibilità (ipo e ipersensibilità).
6. **Emozioni.** I professionisti, giunti a metà del programma, hanno proposto attività di riconoscimento ed esplorazione delle principali emozioni provate dai partecipanti, con il fine di aiutarli a identificarne il grado di intensità e l'influenza che queste hanno sugli stati mentali e sul comportamento proprio e altrui.
7. **Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.** In questa sessione, si sono attuate attività di psicoeducazione sulle malattie sessualmente trasmissibili, come l'HIV, e sulla necessità della prevenzione e dell'uso delle precauzioni contraccettive.
8. **Orientamento sessuale.** Il gruppo ha discusso sull'omosessualità in maniera libera e positiva, affrontando i tanti pregiudizi e stereotipi sociali, con il fine di arrivare a una maggiore consapevolezza della propria identità di genere e del proprio orientamento sessuale.

9. **Alcool, droghe e sessualità.** Lo scopo di questo *workshop* è stato quello di aumentare la consapevolezza dell'impatto negativo delle sostanze psicoattive sulla salute e sul piacere sessuale.
10. **L'abuso sessuale e comportamenti inappropriati.** I professionisti si sono prefissi l'obiettivo di mettere a conoscenza i partecipanti delle diverse forme di abuso a cui possono essere esposti, sia dentro che fuori dalla famiglia o all'interno di una relazione romantica. Così facendo, si sono incoraggiati i partecipanti, in caso di qualsiasi forma di vittimizzazione, a parlare ed esprimersi, sviluppando l'abilità di proteggere sé stessi e gli altri.
11. **Sessismo e violenze nelle relazioni romantiche.** I partecipanti sono stati istruiti, tramite video e scenari preparati ad hoc, sull'esistenza di comportamenti sessisti e abusanti anche all'interno delle relazioni romantiche.
12. **Il significato delle emozioni, la Teoria della Mente e l'intimità.** L'ultima sessione è stata dedicata ad imparare, attraverso il *role playing* e le storie sociali, a decodificare i pensieri e i sentimenti degli altri, favorendo le abilità comunicative e sociali (Hénault, 2006).

Tre mesi dopo la conclusione del programma, ai partecipanti sono state somministrate una serie di scale e questionari come il *Derogatis Sexual Function Inventory* (DSFI) (Derogatis e Melisaratos, 1979), con lo scopo di analizzare se e come le informazioni apprese siano state impiegate nella quotidianità (Hénault, 2006). Si è notato come le abilità relazionali e intime dei partecipanti al corso si siano notevolmente incrementate a discapito dei comportamenti inappropriati, come la masturbazione in luoghi pubblici e l'esibizionismo (*ibidem*). In particolare, si è osservato che i partecipanti sono diventati più empatici e altruisti; meno isolati, depressi e ansiosi e che, avendo acquisito informazioni corrette sulla sessualità, sono riusciti a vivere la loro intimità in maniera più positiva anche a distanza di tempo (*ibidem*). Il programma ha oltretutto diminuito, all'interno di questa popolazione, il rischio di abusi sessuali e vittimizzazione, in quanto ha fornito le basi per poter essere capaci di effettuare delle scelte più autonome e consapevoli. Uno dei limiti di questo programma socio-sessuale è la bassa generalizzazione dei risultati a lungo termine e in contesti diversi rispetto a quello in cui è avvenuto l'apprendimento (*ibidem*). Nello specifico, per mantenere i risultati del programma a lungo termine, sarebbe fondamentale che i terapeuti implementassero

interventi concreti, nei luoghi maggiormente frequentati dalla persona con autismo e in collaborazione con gli individui a lui più significativi, in modo tale da potersi confrontare direttamente in situazioni reali (Griffiths, Quinsey e Hingsburger, 1989).

In una recente revisione sono stati individuati i più adeguati interventi di educazione sessuale rivolti a individui con autismo senza deficit cognitivo, attuabili sia in diversi contesti che per svariati argomenti (Ballan e Freyer, 2017). Queste strategie si basano sull'analisi del comportamento applicato (*Applied Behaviour Analysis*, ABA), sulle storie sociali e sulla mappatura del comportamento sociale (*ibidem*).

Il termine generico *Applied Behaviour Analysis* (ABA) incorpora varie strategie per migliorare abilità e comportamenti, prevedendo rinforzi positivi non appena si verifica la condotta corretta e desiderata (Ballan e Hoban, 2006). Questa tecnica è altamente efficace per l'educazione socio-sessuale per le persone con spettro autistico perché, con l'ausilio di suggerimenti, rinforzi e istruzioni, permette di disincentivare i comportamenti inappropriati legati alla sessualità, come ad esempio la masturbazione in pubblico (Wolfe, Condo e Hardaway, 2009). Nonostante la masturbazione in sé non sia un'attività disfunzionale, lo potrebbe diventare nel momento in cui viene praticata in luoghi pubblici o quando la sua frequenza va ad interferire con altre attività. L'analisi del comportamento applicata (ABA) è ideale nell'insegnare alla persona con autismo che anche i comportamenti sessuali normativi vanno espressi nei luoghi e nei tempi socialmente accettabili (Ballan e Freyer, 2017).

Un altro approccio per incrementare i comportamenti socialmente appropriati e la cognizione sociale delle persone con autismo sono “le storie sociali”. Le storie sociali descrivono una situazione, un concetto o un'abilità da acquisire in maniera adeguata al livello di comprensione dell'individuo con autismo, permettendogli di prepararlo ad alcuni cambiamenti legati alla pubertà o per indirizzarlo nel corretto *problem solving* (Spencer, Simpson e Lynch, 2008). Ad esempio, si è evidenziato come le storie sociali possano essere utili durante la comparsa delle prime mestruazioni, in quanto aiutano le adolescenti con autismo a comprendere, affrontare e gestire questo fenomeno di naturale transizione (Tarnai e Wolfe, 2008).

Infine, un'ultima tecnica è la “mappatura del comportamento sociale”, pratica che deriva dalla terapia cognitivo-comportamentale, che si propone di modificare un comportamento disfunzionale mediante l'autoregolazione interna. Fornire una “mappa

sociale” dove sono elencati i comportamenti previsti e inaspettati dalle altre persone e le loro ipotetiche conseguenze, aiuterebbe l’individuo con autismo a riflettere sulla condotta più idonea da adottare (Winner, Bosmeijer e Horras, 2007).

In conclusione, l’educazione sessuale e affettiva risulta di fondamentale importanza per le persone con spettro autistico senza deficit intellettivo quando questa viene fornita da figure professionali dotate di conoscenze specifiche sia sullo spettro che sulla sessualità. In opposizione a un approccio incentrato unicamente sul problema tipico della letteratura più recente sull’autismo e sessualità, i professionisti, le famiglie e la stessa persona con autismo dovrebbero sviluppare una visione sul tema di tipo positivo e normativa (Travers, Tincani, Whitby e Boutot, 2014; Ballan e Freyer, 2017).

La *World Association for Sexual Health* (2020) sostiene che la sessualità è una componente a pieno titolo dei diritti umani e dunque deve essere tutelata e garantita la possibilità di esprimerla in maniera sicura, piacevole ed esente da discriminazioni, coercizioni e violenza (https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2020/10/WAS_Declaracion-Italian.pdf).

CONCLUSIONE

La sessualità non può essere concepita come mero atto fisico, descrivendola solo in termini corporei e organici ma, essendo una componente fondamentale e complessa della vita, coinvolge un insieme di aspetti psicologici, culturali, relazionali e biologici di ogni singola persona (Sanzovo, 2015). La sessualità è dunque un fattore estremamente importante che contribuisce alla formazione dell'identità del singolo e influenza le modalità con cui ci si relaziona agli altri (*ibidem*).

Proprio alla luce della complessità del concetto stesso di sessualità, è evidente come numerosi pregiudizi e stereotipi possano nascere di fronte a forme di sessualità non propriamente convenzionali, etichettandole il più delle volte come inadeguate e inadatte (*ibidem*).

Ad esempio, un ambito pregno di questo tipo di preconcetti è quello della disabilità, dove le persone colpite vengono considerate fragili e infantili, tanto che la società tende a negarne la loro sessualità. A conferma di questo aspetto vi è il fatto che non è disponibile un'ampia letteratura che indaga come la sfera sessuale venga vissuta all'interno delle diverse forme di disabilità e in particolar modo fra le persone nello spettro autistico. Questa scarsità di ricerca e di studi risulta essere una vera e propria carenza in quanto le persone con autismo (e soprattutto quelle senza deficit intellettivo) sperimentano a pieno la propria sessualità, pur incontrando, rispetto ai coetanei con sviluppo tipico, difficoltà degne di essere approfondite (Hénault, 2006). Le persone con autismo, infatti, esprimono in maniera peculiare la propria sessualità e spesso con comportamenti sessuali inappropriati che dipendono da deficit comunicativi, sociali, motori e sensoriali. Sarebbe dunque fondamentale implementare dei programmi di educazione sessuale e affettiva per supportarli nel vivere in maniera più consapevole e adeguata la propria intimità (*ibidem*). Alcuni ricercatori hanno cercato di rispondere a questa necessità con interventi concreti e sviluppati ad hoc per le persone con autismo di livello 1. Questi sono finalizzati a sostituire alcuni dei loro comportamenti, pensieri e atteggiamenti inappropriati con altri più idonei ai vari contesti, incrementando in questo modo la loro autoconsapevolezza, soddisfazione e il loro benessere sessuale (Moscone e Vagni, 2013).

BIBLIOGRAFIA

- Asperger, T. (2000). Gaining Face.
- Attwood, T. (2007). The complete guide to Asperger syndrome. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baggio, G., & Quinzi, G. (2021). Pensare l'affettività. *Pensare l'affettività*, 1-284.
- Ballan, M. S., & Freyer, M. B. (2017). Autism spectrum disorder, adolescence, and sexuality education: Suggested interventions for mental health professionals. *Sexuality and Disability*, 35(2), 261-273.
- Ballan, SM e Hoban, KS (2006). Interventi efficaci per studenti con autismo e sindrome di Asperger. *Il manuale dei servizi scolastici: una guida per i professionisti della scuola*, 147-163.
- Ballan, M. S. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 676-684.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. *International review of research in mental retardation*, 23, 169-184.
- Baron-Cohen, S., Golan, O., Wheelwright, S. and Hill, J.J. (2004) Mind-Reading: The Interactive Guide to Emotions. Cambridge: Human Emotions.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Lombardo, M. (Eds.). (2013). *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience*. Oxford university press.
- Byers, E. S., & Nichols, S. (2014). Sexual satisfaction of high-functioning adults with autism spectrum disorder. *Sexuality and Disability*, 32(3), 365–382.
- Byers, E. S., Nichols, S., & Voyer, S. D. (2013). Challenging stereotypes: Sexual functioning of single adults with high functioning autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43, 2617-2627.
- Chan, J. e John, RM (2012). Sessualità e salute sessuale nei bambini e negli adolescenti con autismo. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8 (4), 306-315.
- Dekker, L. P., Van Der Vegt, E. J., Visser, K., Tick, N., Boudesteijn, F., Verhulst, F. C., ... & Greaves-Lord, K. (2015). Improving psychosexual knowledge in adolescents with autism spectrum disorder: pilot of the tackling teenage training program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 1532-1540.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of sex & marital therapy*, 5(3), 244-281.

Dubin, N., Henault, I., & Attwood, A. (2014). *The Autism Spectrum, Sexuality and the Law: What every parent and professional needs to know*. Jessica Kingsley Publishers.

Durocher, L., & Fortier, M. (1999). Programme d'éducation sexuelle des Centres jeunesse de Montréal. *Montreal: Le Centre Jeunesse de Montreal–Institut Universitaire. Direction de la sante publique*.

Edelson, M. G. (2010). Sexual abuse of children with autism: Factors that increase risk and interfere with recognition of abuse. *Disability Studies Quarterly*, 30(1).

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications.

Fitzgerald M. e Bellgrove M.A. (2006), The overlap between alexithymia and Asperger's syndrome, «*Journal of Autism and Developmental Disorders*», vol. 36, n. 4, pp. 573-576.

George, R., & Stokes, M. A. (2018). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(1), 133-141.

Gilmour, L., Schalomon, P. M., & Smith, V. (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 313-318.

Guerrero L.K. e Floyd K. (2005), *Nonverbal communication in close relationships*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.

Griffiths, D. M., Quinsey, V. L., & Hingsburger, D. (1989). *Changing inappropriate sexual behavior: A community-based approach for persons with developmental disabilities*. Paul H. Brookes Publishing.

Harris, J. (2018). Leo Kanner and autism: a 75-year perspective. *International review of psychiatry*, 30(1), 3-17.

Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular autism*, 5(1), 1-9.

Hénault, I. (2006). *Asperger's syndrome and sexuality: From adolescence through adulthood*. Jessica Kingsley Publishers.

Italiana, E. (2016). Treccani. La Cultura Italiana. Available online, last accessed, 18.

Khan, N. Z., Gallo, L. A., Arghir, A., Budisteanu, B., Budisteanu, M., Dobrescu, I., ... & Elsabbagh, M. (2012). Autism and the grand challenges in global mental health.

Lavelle, T. A., Weinstein, M. C., Newhouse, J. P., Munir, K., Kuhlthau, K. A., & Prosser, L. A. (2014). Economic burden of childhood autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 133(3), e520-e529.

Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The lancet*, 392(10146), 508-520.

Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child abuse & neglect*, 29(12), 1359-1372.

Ministero della Salute (2011), Linea Guida Nazionale 21: Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, http://www.snlg-iss.it/lgn_disturbi_spettro_autistico (versione completa, ultimo accesso: 02-03-2014) e http://www.snlg-iss.it/cms/files/scheda_autismo_14-03.pdf (versione vulgata, ultimo accesso: 02-03-2014).

Moscone, D., & Vagni, D. (2013). L'educazione cognitivo-affettiva e le condizioni dello Spettro Autistico ad Alto funzionamento. *Autismo e Disturbi dello sviluppo*, 11(1), 39-71.

Pecora, L. A., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2016). Sexuality in high-functioning autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(11), 3519-3556.

Sanzovo S., Rosso C (2005). Sessualità e riabilitazione psicosociale. *Rivista di Sessuologia*, 39, 2-3, 84-95.

Sanzovo S. (2015). Sessualità e riabilitazione psicosociale. *Rivista di Sessuologia*, Vol. 39, n. 1, Gennaio-Aprile 2015, 85-95

Sanzovo S. (2018). Sessualità e riabilitazione psicosociale. *Rivista di sessuologia*, Vol. 42, n. 2, pp 95-103 2018

Scarpa, A., Bianco, SW, & Attwood, T. (Eds.). (2013). *CBT per bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento*. Guildford Press.

Scott, J., & Carrington, P. J. (2011). *The SAGE handbook of social network analysis*. SAGE publications.

Spencer, V.G., Simpson, C.G., Lynch, S.A.: Using social stories to increase positive behaviors for children with autism spectrum disorders. *Interv. Sch. Clin.* 44(1), 58–61 (2008).

Stokes, M. A., & Kaur, A. (2005). High-functioning autism and sexuality: A parental perspective. *Autism*, 9(3), 266-289.

Sullivan, A., & Caterino, L. C. (2008). Addressing the sexuality and sex education of individuals with autism spectrum disorders. *Education and treatment of children*, 381-394.

Tarnai, B., & Wolfe, P. S. (2008). Social stories for sexuality education for persons with autism/pervasive developmental disorder. *Sexuality and Disability*, 26, 29-36.

Travers, J., Tincani, M., Whitby, P. S., & Boutot, E. A. (2014). Alignment of sexuality education with self-determination for people with significant disabilities: a review of research and future directions. *Education and training in autism and developmental disabilities*, 232-247.

Van Heijst, B. F., Deserno, M. K., Rhebergen, D., & Geurts, H. M. (2020). Autism and depression are connected: A report of two complimentary network studies. *Autism*, 24(3), 680-692.

WAS, *Declaration on sexual pleasure*; trad. it. Dichiarazione sul piacere sessuale, (2020), https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2020/10/WAS_Declaracion-Italian.pdf.

Winner, M. G., Bosmeijer, J., & Horras, J. (2007). *Social behavior mapping*. Gray Center.

Wolfe, P. S., Condo, B., & Hardaway, E. (2009). Sociosexuality education for persons with autism spectrum disorders using principles of applied behavior analysis. *Teaching Exceptional Children*, 42(1), 50-61.

World Association for Sexual Health. (2008). Sexual health for the millennium: A declaration and technical document. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>.