

Neurodivergenze e sessualità: complessità cliniche e prospettive di intervento nella psicoterapia cognitivo-comportamentale



Gabriele Einaudi*, Vito Lupo**, Camilla Corradelli***, Fabio Ratti****, Giovanna Verde*****, Sarah Finzi*****

Ricevuto il 28 febbraio 2026, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Il crescente riconoscimento della neurodivergenza come espressione della naturale variabilità del funzionamento neurocognitivo umano, che incide sulle modalità con cui la persona percepisce, elabora e regola le informazioni, comporta rilevanti implicazioni per la comprensione della sessualità e per la pratica psicoterapeutica.

Le persone neurodivergenti sperimentano frequentemente traiettorie di sviluppo affettivo e sessuale non lineari, influenzate da specificità nella regolazione emotiva e sensoriale, nei processi comunicativi e dall'esposizione a forme specifiche di stress minoritario. Tali fattori influenzano lo sviluppo identitario, l'esperienza della risposta sessuale e le modalità di espressione dell'intimità, spesso in contesti sociali e clinici ancora fortemente normativi.

Il presente contributo propone una lettura integrata tra prospettiva *neurodiversity-affirming*

* Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo clinico, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, 10124 Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: g.einaudi@unito.it.

** Psicologo, Psicoterapeuta. Centro TMI Avellino/Battipaglia, Via Carso 6 – 84091 Battipaglia; e-mail: vitolupopsi@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Giovani Adolescenti – Dipartimento di Salute Mentale ASST Lariana, via Ferrari 9 – 22100 Como; e-mail: psy.corradellicamilla@gmail.com.

**** Psicologo Psicoterapeuta e Sessuologo Clinico, Studio Psicoterapia Cognitiva, via San Gottardo 32 – 6943 Lugano; e-mail: fabio.ratti@spclugano.ch.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa clinica, Studio di sessuologia e terapia di coppia, 10129 Torino; e-mail: giovanna.verde@gmail.com.

***** PhD, Psicologa, Psicoterapeuta; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Centro Clinico Crocetta, Corso Galileo Ferraris 110 – 10129 Torino; e-mail: sarah.n.finzi@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23134

e modelli cognitivo-comportamentali *evidence-based*, con l'obiettivo di offrire una cornice clinica utile al lavoro psicoterapeutico con persone neurodivergenti che portano temi legati alla sessualità. Vengono discussi concetti chiave quali il *Double Empathy Problem*, il *masking*, lo stress minoritario e l'adozione di una postura orientata alla *cultural humility*, evidenziandone le implicazioni per il setting terapeutico, per l'alleanza e per il linguaggio clinico.

L'articolo esplora inoltre le intersezioni tra neurodivergenza e identità sessuale. Si discutono anche le implicazioni legate alle diagnosi tardive e ai processi di *disclosure*, sottolineando il ruolo della psicoterapia come spazio di co-costruzione di significati affermativi e de-patologizzanti. In conclusione, a partire dalla presentazione di un caso clinico, si delineano alcuni principi clinici per una psicoterapia cognitivo-comportamentale informata sulla neurodivergenza, capace di integrare rigore metodologico e attenzione alla soggettività, promuovendo benessere, *agency* e autenticità nelle esperienze affettive e sessuali.

Parole chiave: neurodivergenza, sessualità, psicoterapia cognitivo-comportamentale, stress minoritario, identità sessuale e di genere, Double Empathy Problem, masking.

Neurodivergence and Sexuality: Clinical Complexities and Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapeutic Intervention

Abstract

The growing recognition of neurodivergence as an expression of the natural variability of human neurocognitive functioning has significant implications for the understanding of sexuality and for psychotherapeutic practice. Neurodivergent individuals frequently experience non-linear developmental trajectories in the affective and sexual domains, influenced by specificities in emotional and sensory regulation, in communicative processes, and by exposure to specific forms of minority stress. These factors influence identity development, the experience of sexual response, and the ways in which intimacy is expressed, often within social and clinical contexts that remain strongly normative.

The contribution proposes an integrated framework combining neurodiversity-affirming perspective with evidence-based cognitive-behavioral models, with the aim of offering a clinically useful framework for psychotherapeutic work with neurodivergent individuals who bring sexuality-related concerns into therapy. Key concepts are discussed, including the *Double Empathy Problem*, masking, minority stress, and the adoption of a cultural humility stance, highlighting their implications for the therapeutic setting, the therapeutic alliance, and clinical language.

The article further explores the intersections between neurodivergence and sexual identity. The implications related to late diagnoses and disclosure processes are also discussed, emphasizing the role of psychotherapy as a space for the co-construction of affirmative and de-pathologizing meanings. In conclusion, drawing on the presentation of a clinical case, several clinical principles are outlined for a neurodivergence-informed cognitive-behavioral psychotherapy, capable of integrating methodological rigor and attention to subjectivity, promoting well-being, agency, and authenticity in affective and sexual experiences.

Keywords: Neurodivergence, Sexuality, Cognitive-Behavioral Psychotherapy, Minority Stress, Sexual and Gender Identity, Double Empathy Problem, Masking.

Introduzione

Negli ultimi anni, il concetto di neurodivergenza¹ ha progressivamente acquisito centralità nel dibattito clinico e scientifico, favorendo una rilettura critica dei modelli centrati sul deficit del neurosviluppo.

In ambito di ricerca e pratica clinica, si è reso necessario un approccio basato sui punti di forza e sull'affermazione dell'identità, riconoscendo le neurodivergenze come espressioni della naturale variabilità del funzionamento neurocognitivo umano e non esclusivamente come deficit da correggere, in contrasto con quanto previsto dal modello medico della disabilità, che tende a inquadrare tali condizioni in termini di deficit e normalizzazione (McLennan *et al.*, 2025). In questa prospettiva, condizioni quali il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) e il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) vengono maggiormente comprese come configurazioni neurocognitive eterogenee, piuttosto che come meri quadri patologici da normalizzare. Questo cambio di prospettiva ha rilevanti implicazioni per la pratica psicoterapeutica, in particolare quando il lavoro clinico intercetta ambiti complessi e storicamente poco esplorati, come la sessualità.

La letteratura recente evidenzia come le persone neurodivergenti possano sperimentare traiettorie di sviluppo affettivo e sessuale non lineari, caratterizzate da specificità nella regolazione emotiva e sensoriale, nella comprensione delle norme sociali implicite e nella comunicazione dei bisogni affettivi e sessuali (Young & Cocallis, 2023). Tali caratteristiche possono coesistere con un autentico desiderio di intimità e connessione, ma anche con vissuti di incertezza, ansia e disagio nelle interazioni affettive e sessuali, soprattutto in assenza di contesti sufficientemente chiari e inclusivi (Torralbas-Ortega *et al.*, 2023; O'Brien *et al.*, 2025).

Accanto ai fattori neurocognitivi, un ruolo centrale è svolto dalle dimensioni contestuali e sociali. Il ricorso a strategie di adattamento come il masking ed esposizione cronica a forme di stress minoritario risultano asso-

¹ Con il termine neurodivergenza si fa riferimento a una pluralità di configurazioni del funzionamento neurocognitivo che si discostano dalle aspettative normative, comunemente incluse, sul piano diagnostico, nei disturbi del neurosviluppo. Tra queste rientrano, in particolare, il disturbo dello spettro dell'autismo (ASD), il disturbo da deficit di attenzione/ipervattività (ADHD), i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e le differenze nel funzionamento cognitivo associate a profili intellettivi atipici (considerando anche la plusdotazione cognitiva). È tuttavia rilevante sottolineare come il concetto di neurodivergenza ecceda la mera classificazione diagnostica, configurandosi come una categoria descrittiva e culturale che valorizza la variabilità neurocognitiva piuttosto che definirla esclusivamente in termini di deficit o psicopatologia.

ciate a un aumento del disagio psicologico, specialmente quando la neurodivergenza si interseca con appartenenze a minoranze sessuali e identità di genere non conformi (Bayeh & Ryder, 2025; Lai, 2024). Le difficoltà affettive e sessuali non possono pertanto essere ricondotte esclusivamente alle caratteristiche individuali, ma richiedono una lettura integrata dei contesti normativi e delle esperienze di marginalizzazione (Kroll *et al.*, 2025).

Nonostante la rilevanza clinica di questi aspetti, la sessualità delle persone neurodivergenti è stata a lungo trascurata o affrontata in modo riduttivo, oscillando tra silenziamento e patologizzazione, sia nella popolazione adulta sia in età evolutiva (Einaudi, 2025).

In questo contesto, la psicoterapia cognitivo-comportamentale è chiamata a integrare il rigore dei modelli evidence-based con una postura clinica sensibile alla neurodiversità e ai temi legati alla sessualità. Tutto questo affrontando anche le possibili difficoltà legate a carenza di definizioni operative stabili e all'eterogeneità intra- e inter-gruppo, che porta un possibile rischio di riduzionismo sociologico (APA, 2006; Dwyer, 2022; Happé & Frith, 2020; Pellicano & den Houting, 2022).

Neurodivergenze e sviluppo affettivo-sessuale: nodi clinici principali

Lo sviluppo affettivo e sessuale nelle persone neurodivergenti si colloca frequentemente entro traiettorie diversificate e complesse, in cui differenze neurocognitive, esperienze relazionali e contesti socioculturali interagiscono nel determinare esiti di benessere o di sofferenza. In una cornice neurodiversity-informed, la neurodiversità è intesa come variabilità naturale del funzionamento neurocognitivo (Singer, 2017; McLennan *et al.*, 2025; Pliskin & Crehan, 2024), con l'implicazione fondamentale che essere diversi non significa essere sbagliati. Tuttavia, nella realtà relazionale e talvolta nella clinica, il riconoscimento della differenza è spesso accompagnato da una pressione implicita all'adeguamento a standard normativi di funzionamento, che produce forti vissuti di inadeguatezza.

Un nodo rilevante per la clinica riguarda le differenze nella regolazione emotiva e sensoriale, ampiamente documentate nello spettro autistico e nella popolazione ADHD (Ben-Sasson *et al.*, 2009; Jurek *et al.*, 2025), che possono incidere sulla tolleranza alla prossimità fisica e sulla qualità delle interazioni intime (Robertson & Simmons, 2013).

Nel caso dell'ADHD, specifiche configurazioni neurocognitive ed esecutive contribuiscono a pattern di disregolazione emotiva e attentiva che influenzano l'esperienza relazionale, senza essere riducibili a semplici deficit

di autocontrollo (Castellanos *et al.*, 2006). In ambito clinico, ciò implica evitare letture semplificanti dei comportamenti sessuali, considerando tali condotte come tentativi di autoregolazione, protezione dal sovraccarico o ricerca di sicurezza corporea.

In una prospettiva evolutiva, tali processi si intrecciano con la storia di attaccamento e con i modelli operativi interni costruiti nelle prime relazioni di cura. La letteratura suggerisce che bambini con funzionamento neurodivergente possano sviluppare attaccamenti selettivi, anche sicuri, sebbene le traiettorie risultino sensibili a difficoltà di sintonizzazione e a esperienze di non comprensione o invalidazione (Rutgers *et al.*, 2004; Wylock, 2023; Sonfelianu *et al.*, 2025). In età adulta, tali esperienze possono riflettersi in strategie relazionali orientate alla ricerca di sicurezza, da leggere come adattamenti contestuali più che come deficit individuali.

Un secondo nodo riguarda la comprensione e negoziazione delle norme implicite che governano la sfera affettiva e sessuale. Le ricerche evidenziano difficoltà frequenti nell'interpretazione delle norme sociali, nella comunicazione dei bisogni e nella regolazione emotiva nelle relazioni intime, con ampia variabilità nella soddisfazione e nella stabilità relazionale (Young & Cocallis, 2023; Torralbas-Ortega *et al.*, 2023). Possono essere presenti vissuti di inadeguatezza e timore del rifiuto (O'Brien *et al.*, 2025) che alimentano credenze disfunzionali orientate al fallimento relazionale, e che portano a utilizzare la sessualità come ambito di verifica prestazionale o, al contrario, come area di evitamento. In questa cornice, la sessualità va considerata un'area centrale del benessere e della qualità di vita, non da trattare esclusivamente in presenza di disfunzioni (Cavallo, 2025).

Un nodo trasversale rilevante è il masking/camouflaging, ovvero l'utilizzo di strategie di adattamento agli standard neurotipici che, sebbene possano facilitare l'inclusione nel breve periodo, risultano associate a costi psicologici significativi nel ciclo di vita (Cage & Troxell-Whitman, 2019; Howe *et al.*, 2023). Tali condotte possono portare a una riduzione dell'autenticità e dell'ascolto somato-corporeo, a difficoltà nella comunicazione di bisogni e limiti e a una negoziazione del consenso meno esplicita, con ricadute sulla qualità della connessione emotiva e aumento della possibilità di esperienze traumatiche.

Numerosi studi indicano una maggiore prevalenza di orientamenti sessuali e identità di genere non conformi tra le persone neurodivergenti, evidenziando come tali dimensioni possano frequentemente intrecciarsi nei percorsi di sviluppo e di costruzione dell'identità (Bayeh & Ryder, 2025; George & Stokes, 2018). In un'ottica intersezionale, la coesistenza di neurodivergenza e appartenenza a minoranze sessuali o di genere amplifica lo stress minorita-

rio ed espone a una duplice marginalizzazione (Hillier *et al.*, 2019; Munday *et al.*, 2025), dovuta a scarsa rappresentatività nei contesti LGBTQIA+ e alla mancanza di conoscenze approfondite sulle tematiche di orientamento e identità di genere in ambito clinico. Ciò rende necessarie valutazioni cliniche che integrino dimensioni individuali e contestuali (Lai, 2024; Vogel *et al.*, 2025), linee guida intersezionali e formazione specifica per garantire l'inclusività della cura (Bo *et al.*, 2024). Risulta inoltre fondamentale, fin dall'età evolutiva e nelle possibili situazioni di disabilità concomitante, sensibilizzare, formare e sostenere genitori e caregiver, al fine di promuovere benessere sessuale e contesti di sviluppo più inclusivi (Inverardi & Stringo, 2025).

Nel complesso, le difficoltà affettive e sessuali osservate nelle persone neurodivergenti non possono essere comprese come semplice derivazione delle caratteristiche neurocognitive, ma come esito dell'interazione dinamica tra profilo individuale, sviluppo, ambiente e processi di stigma e marginalizzazione. Questa lettura integrata consente di spostare il focus clinico dalla correzione del funzionamento alla promozione di sicurezza, autenticità e qualità della vita.

Sessualità, identità e relazionalità nella neurodivergenza

La sessualità rappresenta una dimensione complessa dell'esperienza umana, in cui aspetti corporei, emotivi, identitari e relazionali si intrecciano in modo non lineare. Intesa in una prospettiva biopsicosociale, non si esaurisce nel comportamento erotico, ma include i significati attribuiti al desiderio, all'intimità e alla reciprocità all'interno delle relazioni. Le differenze neurocognitive possono influenzare il modo in cui tali dimensioni vengono percepite, comunicate e negoziate, sia a livello individuale sia nella relazione di coppia (Byers *et al.*, 2012; Dewinter *et al.*, 2017).

Nelle persone neurodivergenti, la sessualità può essere vissuta in modalità atipiche nei tempi, nelle forme di espressione corporea e nei processi di regolazione emotiva, senza che ciò implichi una minore autenticità o rilevanza soggettiva. Differenze nella sensorialità, nella regolazione dell'arousal e nella decodifica dei segnali sociali complessi incidono sulla costruzione della reciprocità erotica, rendendo spesso necessaria una comunicazione più esplicita dei bisogni, dei limiti e del consenso (Young & Cocallis, 2023; Torralbas-Ortega *et al.*, 2023). In assenza di contesti relazionali sufficientemente chiari e sicuri, tali specificità possono tradursi in vissuti di incertezza, ansia e timore di inadeguatezza, con ricadute sulla costruzione dell'identità sessuale.

Nel caso dell'ADHD, la letteratura descrive una configurazione dell'esperienza sessuale caratterizzata da un desiderio sessuale più elevato e una maggiore frequenza di comportamenti autoerotici, che possono coesistere con una minore soddisfazione sessuale e con difficoltà nella stabilità relazionale (Soldati *et al.*, 2020). Questi pattern vengono interpretati alla luce della disregolazione dei sistemi motivazionali e dell'impulsività, che possono amplificare l'intensità dell'esperienza erotica, ma ostacolare continuità e sintonizzazione nel legame. Alcuni studi riportano inoltre una maggiore esplorazione degli interessi sessuali, inclusi interessi di tipo parafilico, non necessariamente riconducibili a disturbi clinici, ma piuttosto espressione di una ricerca di novità sensoriale e affettiva (Turner *et al.*, 2024). Questi dati sottolineano la necessità di superare letture moralistiche o patologizzanti, riconoscendo la pluralità dei pattern erotici come parte della diversità individuale.

La dimensione relazionale costituisce uno snodo centrale dell'esperienza sessuale nella neurodivergenza. Le differenze neurocognitive possono dar luogo a incomprensioni reciproche quando i partner si affidano a presupposti impliciti circa il desiderio, la comunicazione emotiva e i ruoli di coppia. Il *Double Empathy Problem* (Milton, 2012) offre una chiave interpretativa utile per comprendere come tali incomprensioni emergano dall'incontro tra stili comunicativi e relazionali differenti, con difficoltà bidirezionali nel leggere intenzioni e significati altrui, anziché da deficit unilaterali. In questo contesto, la sessualità di coppia diventa uno spazio di negoziazione identitaria, in cui la persona neurodivergente può essere riconosciuta nella propria autenticità oppure sentirsi spinta a ricorrere a strategie di iperadattamento e masking, con costi significativi sul piano del benessere emotivo (Young & Cocallis, 2023).

Per molte persone neurodivergenti, la consapevolezza della propria condizione emerge in età adulta, spesso dopo una lunga storia di vissuti di estraneità, tentativi di adattamento e sofferenza non adeguatamente riconosciuta. La letteratura evidenzia come la diagnosi tardiva possa avere un impatto trasformativo, offrendo una cornice di senso alle difficoltà vissute, ma anche attivando emozioni complesse, tra cui rabbia, tristezza, vergogna identitaria e senso di perdita legato alla percezione di opportunità mancate (Leedham *et al.*, 2020; Gellini & Marczak, 2024).

Nelle relazioni di coppia, la diagnosi in età adulta rappresenta una soglia particolarmente delicata. Essa può fungere da catalizzatore per la rilettura e la risignificazione retrospettiva di conflitti, incomprensioni e comportamenti precedentemente letti come disinteresse, rigidità o mancanza di impegno, alla luce delle differenze neurocognitive e dei processi di regolazione emotiva.

Dal punto di vista clinico, la diagnosi non costituisce semplicemente un'etichetta, ma introduce un nuovo linguaggio attraverso cui rinarrare la storia individuale e relazionale. Il terapeuta dovrebbe sostenere i partner nel processo di attribuzione di senso, evitando sia un uso totalizzante della diagnosi come spiegazione onnicomprensiva, sia una sua minimizzazione difensiva.

La diagnosi tardiva apre infine il tema della disclosure, all'interno sia della coppia che della rete sociale. Le ricerche mostrano ampia eterogeneità di strategie, influenzate dal timore di stigma e fraintendimenti, indicando la responsabilità del partner come uno dei principali predittori di soddisfazione relazionale (Au-Yeung *et al.*, 2025; Yew *et al.*, 2023). In ambito clinico, il lavoro terapeutico consiste nel costruire una valutazione condivisa dei rischi e dei benefici della disclosure, sostenendo l'agency narrativa e il diritto a scegliere tempi e modalità di condivisione.

Nel complesso, la sessualità nella neurodivergenza emerge come uno spazio privilegiato di costruzione e rinegoziazione dell'identità e della relazionalità, piuttosto che come un dominio di funzionamento individuale circoscritto.

Implicazioni per la psicoterapia cognitivo-comportamentale

Il lavoro clinico con persone neurodivergenti richiede costante flessibilità nell'adattare strumenti, tempi e modalità dell'intervento alle specificità dei profili cognitivi, sensoriali ed emotivi. Costruire un contesto terapeutico realmente accessibile implica andare oltre l'applicazione standardizzata delle tecniche, mantenendo un equilibrio dinamico tra strutturazione e personalizzazione. Il rigore teorico-metodologico viene quindi preservato, ma modulato in base al funzionamento individuale, evitando modelli implicitamente normativi che rischiano di favorire strategie di iperadattamento.

Gran parte degli strumenti psicodiagnostici e dei protocolli clinici è stata sviluppata su popolazioni neurotipiche, con limiti di validità ecologica quando applicati a persone neurodivergenti. Linguaggio astratto, richieste di inferenze sociali complesse e carico cognitivo implicito possono interferire con la valutazione e la comprensione condivisa.

Per questo motivo, la valutazione può essere concepita come un processo collaborativo e graduale di co-costruzione del significato, in cui strumenti standardizzati vengano integrati con modalità qualitative, narrative e descrittive, riducendo il sovraccarico delle funzioni esecutive e favorendo una lettura non patologizzante del funzionamento.

Nel caso dell'ADHD, l'esplorazione delle funzioni esecutive riveste un ruolo centrale. Difficoltà nella pianificazione, nella gestione del tempo e nella procrastinazione incidono direttamente sull'esperienza di efficacia personale e sul funzionamento quotidiano, riflettendo specifiche modalità neurocognitive più che deficit di volontà (Barkley, 2015; Sonuga-Barke, 2005; Kasper *et al.*, 2012). Una restituzione clinica chiara e concreta consente di ristrutturare attribuzioni colpevolizzanti e di individuare strategie compensative adeguate.

Un ambito di particolare rilevanza riguarda il profilo sensoriale. Le differenze nei sistemi percettivi e di regolazione corporea influenzano livelli di attivazione, tolleranza allo stress e disponibilità alle interazioni (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Il lavoro clinico può includere una mappatura delle soglie sensoriali individuali, utilizzando strumenti specifici², al fine di distinguere tra evitamento legato a iper-reattività sensoriale e comportamenti mantenuti da credenze disfunzionali e di favorire il riconoscimento precoce di segnali di sovraccarico. Questo può orientare l'intervento sia sul piano cognitivo, lavorando su giudizi auto-critici e vissuti di vergogna, sia su quello comportamentale, attraverso pause, routine corporee, modifiche ambientali mirate e strategie di autoregolazione concordate, sostenendo un senso di sicurezza interna e di agency. Molte persone neurodivergenti traggono beneficio da strumenti che rendono espliciti processi solitamente impliciti. Schemi visivi, mappe concettuali e supporti grafici facilitano la comprensione dei nessi tra esperienza interna e comportamento, riducendo ambiguità e carico cognitivo.

La prevedibilità del setting e la chiarezza su modalità e obiettivi consolidano l'alleanza terapeutica. Fenomeni come il *mind-wandering*³ e il disaccoppiamento attentivo⁴ vanno inquadrati come espressioni neurocognitive peculiari anziché come disinteresse, e possono essere gestiti attraverso strategie concordate (Bozhilova *et al.*, 2018; Martz *et al.*, 2023).

² Il lavoro clinico può includere una mappatura sistematica delle soglie sensoriali individuali, utilizzando strumenti specifici come il Sensory Perception Quotient (Tavassoli *et al.*, 2014) o le Brain Body Center Sensory Scales (Porges, 2012).

³ Il Mind-wandering indica un fenomeno cognitivo caratterizzato dallo spostamento spontaneo dell'attenzione dal compito o dallo stimolo esterno verso contenuti interni, come pensieri, immagini o associazioni non direttamente pertinenti alla situazione presente. Si tratta di un processo non necessariamente intenzionale, distinto dall'evitamento volontario, e può verificarsi anche in assenza di riduzione dell'interesse o del coinvolgimento relazionale.

⁴ Nelle persone neurodivergenti, in particolare con ADHD, il mind-wandering è stato associato a meccanismi di attentional decoupling, ovvero a un temporaneo disallineamento tra attenzione interna ed esterna, senza che ciò implichi disinvestimento emotivo o mancanza di motivazione.

Infine, l'equilibrio tra bisogno di stabilità e ricerca di stimolazione rappresenta un ulteriore aspetto clinicamente rilevante. Oscillazioni tra questi poli possono essere comprese come strategie adattive di regolazione dell'arousal. Interessi assorbenti e stati di *hyperfocus* sono valorizzabili come risorse, favorendone un'integrazione sostenibile nella vita quotidiana (Ashinoff, 2021).

In questa cornice, assume particolare rilevanza la *cultural humility* come postura clinica (Mosher *et al.*, 2017; Tervalon & Murray-García, 1998). Più che un insieme di competenze tecniche, essa implica un atteggiamento riflessivo e una disponibilità a interrogare continuamente le cornici normative implicite nel lavoro terapeutico. Applicata alla neurodivergenza e alla sessualità, la *cultural humility* consente di evitare letture neurotipiche o eterocisnormative del funzionamento, favorendo un processo terapeutico co-costruito e sensibile alle differenze, confermando la psicoterapia come uno spazio che accoglie e che fornisce strumenti di regolazione, aree di apprendimento e costruzione di significato, piuttosto che un contesto di mera correzione del funzionamento.

Caso clinico

Il caso presentato riguarda un uomo cisgender omosessuale di 29 anni che richiede una presa in carico per una persistente disfunzione erettile, associata ad ansia anticipatoria, ipervigilanza interocettiva e progressivo evitamento di nuove esperienze sessuali.

Il paziente riferisce due precedenti percorsi terapeutici – uno di coppia affiancato da uno individuale – dagli esiti che descrive come “catastrofici”, che hanno rinforzato vissuti di vergogna e autocritica, consolidando la credenza di essere “ipercontrollante” e “incapace di lasciarsi andare”.

Nel corso del precedente trattamento era stata ipotizzata una componente ipocondriaca/ossessiva legata a malattie sessualmente trasmissibili, sulla base di comportamenti di controllo e attenzione all'igiene; di conseguenza era stata proposta una terapia di esposizione, percepita dal paziente come disturbante e non coerente con la propria esperienza soggettiva. Ne sono conseguiti episodi descritti come “blackout”, con ritiro corporeo (rannicchiamento e dondolio), interpretabili come marcatori di sovraccarico (shutdown/overload).

La rivalutazione clinica ha orientato verso una formulazione neurodiversity-informed. In sede di assessment, i punteggi al modulo 4 dell'ADOS-2 (Lord *et al.*, 2012) e al RAADS-R (Ritvo *et al.*, 2011) hanno superato i cut-

off, collocandosi in range autistico; inoltre, il CAT-Q (Hull *et al.*, 2018) ha evidenziato un ricorso significativo a strategie di masking. La valutazione della storia di sviluppo ha documentato differenze nella reciprocità socio-emotiva, l'uso precoce di script per compensare differenze comunicative, difficoltà nelle relazioni tra pari e iper-reattività sensoriali ascrivibili a un funzionamento autistico ad alto *camouflage*. Il paziente ha chiarito che il nucleo del disagio non è la paura del contagio, bensì una marcata avversione sensoriale verso consistenze viscide e odori, associata a disgusto e rapido incremento dell'allarme, come confermato dalla mappatura del profilo tramite Brain Body Center Sensory Scales (Porges, 2012).

In parallelo, il paziente indicava un pattern di *spectatoring* e controllo prestazionale: durante l'intimità l'attenzione veniva catturata dal monitoraggio della risposta erettile, con incremento dell'arousal ansioso (attivazione simpatica) incompatibile con il mantenimento dell'eccitazione sessuale (attivazione parasimpatica). Il sequenziamento ha consentito di osservare l'interferenza con i processi fisiologici dell'eccitazione nel susseguirsi di anticipazione negativa, ipervigilanza, attivazione simpatica, difficoltà erettile, vergogna, evitamento, letti come ciclo di automantenimento. Normalizzando la risposta del sistema nervoso come tentativo di protezione e riducendo attribuzioni moralizzanti (*"Se avessi amato abbastanza mi sarei sforzato di più"*) è stato possibile lavorare sulla ristrutturazione cognitiva.

L'intervento è stato strutturato su più livelli. In primo luogo, la psicoeducazione centrata sul profilo sensoriale ha esplicitato come differenze neuro-percettive modulino la disponibilità alla vicinanza soprattutto in condizioni di imprevedibilità o carico stimolatorio elevato. Sono stati identificati i trigger e definiti accomodamenti concreti (gestione luci/odori, pause, scelta di materiali sicuri, riduzione degli stimoli). Questo ha consentito di trasformare la necessità di controllo in un bisogno di prevedibilità e *agency*, riducendo il ricorso al *masking* come requisito per "funzionare". In secondo luogo, il lavoro cognitivo ha mirato a ristrutturare pensieri disfunzionali (*"Se mi sforzo allora amo abbastanza"*, *"Devo fare come gli altri per essere adeguato"*), attraverso ABC, dialogo socratico ed esperimenti comportamentali focalizzati su obiettivi di processo (presenza, consenso, piacere, comunicazione) più che su esiti prestazionali. In parallelo, è stata avviata una rilettura della storia di vita alla luce del funzionamento: il ricorso a script, checklist e preparazione metodica delle interazioni è stato riconcettualizzato come strategia compensatoria coerente con un profilo autistico con elevato *camouflaging*, efficace in contesti sociali complessi, seppur costosa quando applicata alla sessualità come performance, anziché come mera rigidità patologica come definita nei precedenti percorsi.

Uno spazio specifico è stato dedicato alla vergogna identitaria e al minority stress prossimale. Il paziente frequenta contesti serali LGBTQIA+, ma riferisce di tollerarli spesso solo con il ricorso all'assunzione di alcol, a causa di sovraccarico sensoriale; inoltre riporta aspettative di giudizio e standard normativi interiorizzati (confronto con pari, modelli pornografici, richieste implicite del partner), che alimentavano autocritica e ulteriori condotte di *masking*.

Il trattamento ha integrato interventi di normalizzazione e compassione con il lavoro sulla riduzione di strategie di *masking* in intimità e sui confini, promuovendo una sessualità orientata all'autenticità e alla sicurezza. Complessivamente, il caso illustra come la CBT *neurodiversity-informed* possa riformulare l'evitamento non come deficit relazionale, ma come esito dell'interazione tra vulnerabilità sensoriali, processi attentivi e pressione normativa interiorizzata.

Discussione

Il contributo ha esplorato le intersezioni tra neurodivergenza e sessualità mettendo in discussione letture riduttive che tendono a ricondurre le difficoltà relazionali a disfunzioni intrapsichiche isolate.

Le evidenze suggeriscono che tali difficoltà vadano comprese come esiti di configurazioni complesse, in cui differenze neurocognitive, profili sensoriali e processi di adattamento interagiscono nel tempo. In questa cornice, la sessualità emerge come un dominio particolarmente sensibile alle dinamiche di regolazione corporea e sicurezza. Le richieste implicite di adeguamento a modelli neurotipici possono contribuire allo sviluppo di vissuti di ipercontrollo e distacco dall'esperienza corporea, con ricadute significative sulla qualità dell'intimità e della relazione.

Il caso clinico presentato esemplifica come una formulazione CBT informata dalla prospettiva *neurodiversity-affirming* consenta di riorientare la comprensione della disfunzione sessuale.

Dal punto di vista della pratica clinica, emerge la necessità di una psicoterapia capace di integrare strumenti *evidence-based* con una riflessione critica sulle cornici normative. In questa prospettiva, l'adozione di una postura di *cultural humility* e l'utilizzo di accomodamenti mirati non rappresentano una rinuncia al rigore metodologico, ma una condizione per accrescerne la validità ecologica e la pertinenza clinica.

In conclusione, lavorare sulla sessualità nella neurodivergenza implica riconoscere l'intimità come uno spazio di costruzione di senso, sicurezza e

agency, piuttosto che come un'ulteriore area di valutazione dell'adeguatezza personale.

Una psicoterapia attenta a queste dimensioni può offrire alle persone neurodivergenti un contesto in cui l'esperienza affettiva e sessuale non debba essere normalizzata o corretta, ma compresa, negoziata e sostenuta nella sua specificità.

Bibliografia

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4): 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Ashinoff B.K. & Abu-Akel A. (2021). Hyperfocus: The forgotten frontier of attention. *Psychological Research*, 85(1): 1-19. DOI: 10.1007/s00426-019-01245-8.
- Au-Yeung S.K., Freeth M. & Thompson A.R. (2025). "Am I gonna regret this?": The experiences of diagnostic disclosure in autistic adults. *Autism: the international journal of research and practice*, 29(8): 2181-2192. DOI: 10.1177/13623613251337504.
- Barkley R.A. (ed.) (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, IV ed. New York: Guilford Press.
- Bayeh R. & Ryder A.G. (2025). Neurodiversity, minority status, and mental health: A quantitative study on the experiences of culturally diverse university students in Canada. *Autism in Adulthood*, 7(4): 447-461. DOI: 10.1089/aut.2024.0120.
- Ben-Sasson A., Hen L., Fluss R., Cermak S.A., Engel-Yeger B. & Gal E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1): 1-11. DOI: 10.1007/s10803-008-0593-3.
- Bo L., Van Der Miesen A.I., Klomp S.E., Williams Z.J., Szatmari P. & Lai M. (2024). The missing clinical guidance: a scoping review of care for autistic transgender and gender-diverse people. *EClinicalMedicine*, 76: 102849. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102849.
- Bozhilova N.S., Michelini G., Kuntsi J. & Asherson P. (2018). Mind wandering perspective on ADHD: From physiology to daily life experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92: 464-476. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.07.010.
- Byers E.S., Nichols S., Voyer S.D. & Reilly G. (2012). Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism*, 17(4): 418-433. DOI: 10.1177/13623613111431950.
- Cage E. & Troxell-Whitman Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 1899-1911. DOI: 10.1007/s10803-018-03878-x.
- Castellanos F.X., Sonuga-Barke E.J.S., Milham M.P. & Tannock R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3): 117-123. DOI: 10.1016/j.tics.2006.01.011.
- Cavallo F. (2025). *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, Genere e Orientamento: nuove sfide e competenze in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Dewinter J., De Graaf H. & Begeer S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and ro-

- mantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9): 2927-2934. DOI: 10.1007/s10803-017-3199-9.
- Dwyer P. (2022). The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers? *Human Development*, 66(2): 73-92. DOI:10.1159/000523723.
- Einaudi G. (2025). Sessualità e ADHD in età evolutiva: un caso clinico. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica* (pp. 232-238). Roma: Carocci.
- Gellini H. & Marczak M. (2024). "I always knew I was different": Experiences of receiving a diagnosis of autistic spectrum disorder in adulthood – A meta-ethnographic systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(3): 620-639. DOI: 10.1007/s40489-023-00356-8.
- George R. & Stokes M.A. (2018). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(1): 133-141. DOI: 10.1002/aur.1892.
- Happé F. & Frith U. (2020). Annual Research Review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3): 218-232. DOI: 10.1111/jcpp.13176.
- Hillier A., Gallop N., Mendes E., Tellez D., Buckingham A., Nizami A. & O'Toole D. (2019). LGBTQ+ and autism spectrum disorder: Experiences and challenges. *International Journal of Transgender Health*, 21(1): 98-110. DOI: 10.1080/15532739.2019.1594484.
- Howe S.J., Hull L., Sedgewick F. & Hannon B. (2023). *Understanding Camouflaging and Identity in Autistic Children and Adolescents Using Photo-Elicitation*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-2839184/v1.
- Hull L., Mandy W., Lai M.-C., Baron-Cohen S., Allison C., Smith P. & Petrides K.V. (2019). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49: 819-833. DOI: 10.1007/s10803-018-3792-6.
- Inverardi I. & Stringo S. (2025). L'importanza della sessualità nelle popolazioni speciali (Sez. 12). In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica. Sesso, Genere e Orientamento: nuove sfide e competenze in psicoterapia* (pp. 419-427). Roma: Carocci.
- Jurek L., Duchier A., Gauld C., Hénault L., Giroudon C., Fournier P., Cortese S. & Nourredine M. (2025). Sensory processing in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder compared with control populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 64(10): 1132-1147. DOI: 10.1016/j.jaac.2025.02.019.
- Kasper L.J., Alderson R.M. & Hudec K.L. (2012). Moderators of working memory deficits in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 32(7): 605-617. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.07.001.
- Kroll E., Lederman M., Kohlmeier J., Ballard J., Zant I. & Fenkel C. (2025). Examining the mental health symptoms of neurodivergent individuals across demographic and identity factors: A quantitative analysis. *Frontiers in Psychology*, 16: 1499390. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1499390.
- Lai M.C. (2024). Editorial: Towards an intersectional understanding of sexual identity, mental health, neurodivergence, and beyond. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1016/j.jaac.2024.12.007.
- Leedham A., Thompson A.R., Smith R. & Freeth M. (2020). "I was exhausted trying to figure it out": The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1): 135-146. DOI: 10.1177/1362361319853442.

- Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S., Gotham K. & Bishop S. (2012). *Autism diagnostic observation schedule – 2nd edition (ADOS-2)*. Los Angeles: Western Psychological Corporation.
- Martz E., Weiner L., Bonnefond A. & Weibel S. (2023). Disentangling racing thoughts from mind wandering in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychology*, 14: 1166602. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1166602.
- McLennan H., Aberdein R., Saggars B., Gillett-Swan J. (2025). Thirty years on from Sinclair: A scoping review of neurodiversity definitions and conceptualisations in empirical research. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. DOI: 10.1007/s40489-025-00493-2.
- Milton D.E. (2012). On the ontological status of autism: The “double empathy problem”. *Disability & society*, 27(6): 883-887. DOI: 10.1080/09687599.2012.710008.
- Mosher D.K., Hook J.N., Captari L.E., Davis D.E., DeBlaere C. & Owen J. (2017). Cultural humility: A therapeutic framework for engaging diverse clients. *Practice Innovations*, 2(4): 221-233. DOI: 10.1037/pri0000055.
- Munday K., Kapp S.K. & Morris C. (2025). Transgender and gender diverse autistic adults’ experiences of (un)belonging. *PLoS ONE*, 20(12): e0338569. DOI: 10.1371/journal.pone.0338569.
- O’Brien M., Kini Seery C., Kelly C., Kilbride K., Wrigley M., Nearchou F. & Bramham J. (2025). “I Felt Like a Burden”: An exploration into the experience of romantic relationships for people with ADHD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 52(1): e70097. DOI: 10.1111/jmft.70097.
- Pellicano E. & den Houting J. (2022). Annual Research Review: Shifting from “normal science” to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4): 381-396. DOI: 10.1111/jcpp.13534.
- Pliskin A.E. & Crehan E.T. (2024). Moving toward neurodiversity-affirming integrated psychotherapy with autistic clients. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3): 338-350. DOI: 10.1037/int0000340.
- Porges S.W. (2012). *The Brain-Body Center Sensory Scales (BBCSS)*. The Brain-Body Center. Chicago: University of Illinois.
- Ritvo R.A., Ritvo E.R., Guthrie D., Ritvo M.J., Hufnagel D.H., McMahon W., ... & Eloff J. (2011). The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): a scale to assist the diagnosis of autism spectrum disorder in adults: an international validation study. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(8): 1076-1089. DOI: 10.1007/s10803-010-1133-5.
- Robertson A.E. & Simmons D.R. (2013). The Relationship between Sensory Sensitivity and Autistic Traits in the General Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(4): 775-84. DOI: 10.1007/s10803-012-1608-7.
- Robertson C.E. & Baron-Cohen S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(11): 671-684. DOI: 10.1038/nrn.2017.112.
- Rutgers A.H, Bakermans-Kranenburg M.J., van Ijzendoorn M.H., van Berckelaer-Onnes I.A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6): 1123-1134. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x.
- Singer J. (2017). *Neurodiversity: the birth of an idea*. [Self Published].
- Soldati L., Bianchi-Demicheli F., Schockaert P., Köhl J., Bolmont M., Hasler R. & Perroud N. (2020). Sexual function, sexual dysfunctions, and ADHD: A systematic literature review. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9): 1653-1664. DOI: 10.1016/j.jsxm.2020.03.019.

- Sonfelianu A., González-Sala F. & Lacomba-Trejo L. (2025). Exploring Attachment in Adults With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Actas espanolas de psiquiatria*, 53(4): 813-838. DOI: 10.62641/aep.v53i4.1928.
- Sonuga-Barke E.J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11): 1231-1238.
- Tavassoli T., Hoekstra R.A. & Baron-Cohen S. (2014). The Sensory Perception Quotient (SPQ): development and validation of a new sensory questionnaire for adults with and without autism. *Molecular Autism*, 5: 29. DOI: 10.1186/2040-2392-5-29.
- Tervalon M. & Murray-García J. (1998). Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2): 117-125. DOI: 10.1353/hpu.2010.0233.
- Torralbas Ortega J., Roca J., Coelho Martinho R., Orozko Z., Sanromà Ortiz M. & Valls Ibáñez V. (2023). Affectivity, sexuality, and autism spectrum disorder: Qualitative analysis of the experiences of autistic young adults and their families. *BMC Psychiatry*, 23: 858. DOI: 10.1186/s12888-023-05380-w.
- Turner D., Gregório Hertz P., Biedermann L., Barra S. & Retz W. (2024). Paraphilic fantasies and behavior in attention deficit/hyperactivity disorder and their association with hypersexuality. *International Journal of Impotence Research*. DOI: 10.1038/s41443-024-00891-w.
- Vogel E.A., Romm K.F., McMaughan D.J., LoParco C.R., Bhanot P., Cavazos-Rehg P.A., Szlyk H., Kasson E. & Berg C.J. (2025). Neurodivergence, minority stress, and tobacco use in a sample of US sexual and gender minoritized young adults. *Substance Use & Addiction Journal*, 46(4): 939-949. DOI: 10.1177/29767342251338946.
- Wylock J.-F., Borghini A., Slama H. & Delvenne V. (2023). Child attachment and ADHD: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1): 5-16. DOI: 10.1007/s00787-021-01773-y.
- Yew R.Y., Hooley M. & Stokes M.A. (2023). Factors of relationship satisfaction for autistic and non-autistic partners in long-term relationships. *Autism*, 27(8): 2348-2360. DOI: 10.1177/13623613231160244. Epub ahead of print. PMID: 36924337; PMCID: PMC10576901.
- Young S. & Cocallis K. (2023). A systematic review of the relationship between neurodiversity and psychosexual functioning in individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) or Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19: 1379-1395. DOI: 10.2147/NDT.S319980.