



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

Disturbo dello spettro autistico e disturbo d'ansia sociale nell'adulità
emergente

DOCENTE 1° relatrice: Prof.ssa Laura Ferro

STUDENTESSA: Joyce Mattioli
N. di matricola: 23 D03 509

Introduzione.....	2
Capitolo 1	3
1.1 l'adulità emergente come fase evolutiva: il modello di Arnett e i suoi compiti di sviluppo.....	4
1.2 perché questa fase è critica nell'autismo: uscita dai sistemi di supporto, transizione, esiti formativi e occupazionali.	6
1.3 diagnosi e riconoscimento in età adulta: diagnosi tardive ed errate e il ruolo del mascheramento.....	10
1.4 Differenze di sesso e di genere nel riconoscimento diagnostico.....	13
Capitolo 2	15
2.1 neurodiversità e autorappresentanza	16
2.2 Social identity theory nell'identità autistica	18
2.3 stigma, minority stress e camouflaging come strategia di mobilità individuale	21
2.4 la costruzione dell'identità autistica nei giovani adulti: la comunità e il contesto universitario.....	24
Capitolo 3	27
3.1 disturbo d'ansia sociale nell'autismo adulto: problemi di misurazione.....	28
3.2 Specificità fenomenologica dell'ansia sociale nell'autismo	31
3.3 Relazioni amicali e solitudine nei giovani adulti autistici.....	33
3.3.1 amicizie e solitudine nei giovani adulti autistici.....	33
3.3.2 asimmetrie comunicative e double empathy problem.....	34
3.3.3 masking, disclosure e comunità autistica	36
3.4 identità autistica e ansia sociale: le evidenze disponibili e i loro limiti	38
conclusione	39
Bibliografia.....	40

Introduzione

Con la modifica dei criteri diagnostici del DSM-5 per il disturbo dello spettro autistico l'interesse relativo a questa condizione si è progressivamente espanso dalla sola fascia infantile anche all'età adulta.

Il disturbo dello spettro autistico è un disturbo del neurosviluppo molto complesso e variegato, sia per la complessità sia per l'eterogeneità della sintomatologia che comporta anche nelle fasce di gravità minore (il livello 1) difficoltà sociali e relazionali.

L'interesse per la scrittura di questa tesi mi è sorto originariamente per tre ragioni principali: Innanzitutto sono io stessa una giovane adulta autistica, con la diagnosi (oramai desueta) di Sindrome di Asperger e uno dei tanti interessi assorbenti (così definito dal mio neuropsicologo) è il disturbo dello spettro autistico in tutte le sue sfaccettature.

In secondo luogo sono in quella fase di sviluppo che Arnett definisce come adultità emergente, e di conseguenza mi ritrovo ad affrontare le sfide evolutive proprie di questo periodo di vita che mi separa dall'adultità vera e propria.

Ed infine, in quanto laureanda in psicologia, la mia scelta è strettamente legata al mio percorso formativo e al mio interesse nell'indagare attraverso una revisione della letteratura esistente su un argomento di studio poco analizzato.

Nonostante l'attenzione crescente verso il disturbo dello spettro autistico nell'età adulta, vi sono infatti pochi studi che analizzano effettivamente come i compiti evolutivi dell'adultità emergente si riflettano nella vita delle persone autistiche.

La maggior parte della ricerca sull'autismo in età adulta, infatti si concentra in maniera indiscriminata su una fascia molto più vasta, elemento che non permette di analizzare la specificità propria dell'adultità emergente come periodo di sviluppo a sé, ovvero il periodo in cui secondo la teoria di Arnett si delinea la maggior parte della costruzione dell'identità di una persona e dove è presente il maggiore livello di esplorazione sotto numerosi aspetti.

Nei giovani adulti autistici, tuttavia, questa fase coincide anche con un progressivo ridimensionamento della maggior parte dei sistemi di supporto e dove, oltre alle sfide dell'adultità emergente, devono affrontare anche quelle proprie del loro disturbo.

Sono ancora meno gli articoli che indagano quale sia l'influenza dell'ansia sociale e del disturbo d'ansia sociale in questa specifica popolazione.

L'obiettivo di questa tesi è duplice. In primo luogo, si intende analizzare, attraverso una revisione della letteratura esistente, come i compiti evolutivi propri dell'adultità emergente si intreccino con l'esperienza delle persone autistiche in questa fase di sviluppo. In secondo luogo,

si vuole indagare la comorbidità tra disturbo dello spettro autistico e ansia sociale nell'adultità emergente, adottando una prospettiva dimensionale che consideri l'ansia sociale lungo un continuum: da tratto di personalità, a tratto di funzionamento, fino alla sua connotazione clinica. Le domande a cui questa tesi cerca di rispondere sono dunque: (1) in che modo si manifesta l'esperienza dell'adultità emergente nei giovani adulti autistici, tenendo conto della specificità di questa fascia d'età rispetto all'età adulta più in generale? (2) quale relazione emerge, nella letteratura esistente, tra disturbo dello spettro autistico e ansia sociale in questa popolazione, letta secondo una prospettiva dimensionale?

In questa tesi si farà riferimento all'adultità emergente secondo la teoria di Arnett, ma verrà utilizzato anche il termine giovani adulti per definire la stessa fascia d'età. Fa eccezione il capitolo 1.1, in quanto nella teoria di Arnett i due termini hanno significato diverso. Verrà utilizzato inoltre un linguaggio *identity-first*.

Capitolo 1

1.1 l'adulthood emergente come fase evolutiva: il modello di Arnett e i suoi compiti di sviluppo

Nel corso dell'ultimo secolo l'età in cui si andavano a raggiungere la piena autonomia economica, lavorativa e relazionale (costruirsi una famiglia e avere figli), ovvero le tappe proprie del raggiungimento della vita adulta, si sono progressivamente spostate in avanti, in funzione di una maggiore educazione universitaria. Lo spostamento delle tappe proprie della vita adulta ha condotto alla costruzione di una nuova fase di sviluppo in cui l'individuo, nonostante sia uscito dall'adolescenza, non ha ancora raggiunto le competenze evolutive proprie dell'età adulta. Arnett ha definito questa nuova fase di vita "adulthood emergente" (*emerging adulthood*), caratterizzata da un'intensa esplorazione delle possibilità relative alla propria identità, alle relazioni sentimentali e al percorso formativo e lavorativo (Arnett, 2000). In un articolo del 2007 Arnett distingue l'adulthood emergente anche dal punto di vista terminologico, differenziandola dalla giovane età adulta, orientabile come la fascia tra i trenta e i quarant'anni o quarantacinque anni, e l'adolescenza (delineabile tra i dieci e i diciassette anni) (Arnett, 2007).

Arnett definisce l'adulthood emergente come il periodo di sviluppo che si svolge tra i diciotto e i venticinque/ventotto anni e la differenzia dalle altre fasce di sviluppo come l'unica in cui l'individuo non ricopre e non deve rispondere ad un ruolo sociale stabile e predefinito. Si delinea infatti come una fase molto eterogenea per diversità e instabilità, elemento che si riflette negli alti livelli di cambiamento ed esplorazione. È soltanto nel passaggio dall'adulthood emergente alla giovane età adulta che questa diversità si riduce e l'instabilità diminuisce, man mano che i giovani compiono scelte più durature in ambito sentimentale e lavorativo.

Gli individui in questa fase della vita non si percepiscono né come adolescenti né come adulti, in quanto, nonostante abbiano raggiunto alcune delle tappe proprie della transizione all'età adulta, il processo non è giunto al termine. In aggiunta a ciò, il raggiungimento delle tappe che sarebbero tendenzialmente considerate cardine per il raggiungimento dell'età adulta si sono rivelate quelle meno percepite come tali dagli adulti emergenti. Si è invece osservato come essere responsabili di sé stessi, prendere decisioni autonomamente e l'indipendenza finanziaria siano gli elementi considerati più importanti per la transizione negli adulti emergenti, elementi che sottolineano come il principale criterio per gli individui in questa fase evolutiva sia lo sviluppo di una propria autosufficienza (Arnett, 1994).

Sebbene l'età più studiata per quanto concerne lo sviluppo dell'identità sia l'adolescenza, molto raramente al termine di questo stadio della vita l'individuo ha costruito un'immagine di sé definitiva, processo che si dipana ulteriormente per tutti i vent'anni.

Secondo il modello di Arnett vi sono cinque principali caratteristiche che distinguono l'adulthood emergente dalle altre fasi evolutive, e ciascuna di esse ha delle implicazioni molto importanti nella salute mentale. L'esplorazione dell'identità, che consiste nello sperimentare e indagare le varie possibilità relative alla persona che si vuole essere dal punto di vista sentimentale, lavorativo e di ideologie. Questa specifica opportunità di sviluppo può essere percepita dai giovani adulti come profondamente stimolante, ma può anche condurre a vissuti di ansia, di paura e di incertezza, soprattutto negli adulti emergenti indecisi su quale direzione di vita prendere o che considerano i propri obiettivi come troppo complessi o irraggiungibili.

Di conseguenza secondo Arnett non è raro che gli adulti emergenti vivano periodi di ansia o di depressione.

L'Instabilità è un altro elemento molto frequente nell'adulthood emergente, i giovani in questa fascia d'età tendono ad avere una vita relazionale e lavorativa molto meno stabile, con un cambiamento frequente di situazione occupazionale e di relazioni occasionali. Questo elemento però spesso non è sotto il completo controllo della persona; quindi, i termini di rapporti relazionali o di contratti possono essere messi in atto da parte del partner o del datore di lavoro. L'alta frequenza di cambi di residenza potrebbe inoltre condurre a un supporto sociale inadeguato.

La riduzione degli obblighi sociali e quotidiani, oltre che alla ridotta autorità genitoriale, conducono gli adulti emergenti ad avere una maggiore libertà per potersi concentrare su sé stessi, elemento del tutto assente nelle altre fasce di sviluppo dove si deve rispondere a delle richieste molto più definite (prendersi cura dei figli, ubbidire ai genitori, frequentare la scuola...). Sebbene molti adulti emergenti dichiarino di essere soddisfatti della loro vita in questa specifica fascia d'età, un basso livello di sostegno sociale è associato a vissuti di depressione.

Sentirsi nel mezzo, definito come la percezione di essere a metà strada tra l'adolescenza e l'età adulta, è uno dei criteri cardine per definire il periodo dell'adulthood emergente e la transizione all'età adulta, definibile come un progressivo passaggio e non come un evento singolo.

Vi è infine l'ottimismo e le speranze per il futuro (Arnett et al., 2014).

Nonostante il periodo di transizione all'età adulta venga spesso ritratto come estremamente negativo, soprattutto dai media americani, negli studi presi in analisi da Arnett si osserva come invece nell'adulthood emergente vi sia un miglioramento del benessere, con una maggiore

possibilità di concentrarsi su sé stessi, la libertà dai ruoli sociali e la soddisfazione per il raggiungimento di un'autonomia sempre maggiore. Nelle sue osservazioni Arnett però non esclude le difficoltà relative all'affermazione della propria identità e all'affrontare le sfide tipiche per il passaggio all'età adulta.

Inoltre, sebbene la maggior parte dei giovani adulti mostri un aumento del benessere psicologico, il periodo di transizione è molto eterogeneo e vi è la possibilità che alcuni possano sentirsi smarriti e rischino maggiormente di sviluppare disturbi di salute mentale, soprattutto coloro che provengono da situazioni più fragili, come ad esempio chi ha una disabilità (Arnett, 2000).

1.2 perché questa fase è critica nell'autismo: uscita dai sistemi di supporto, transizione, esiti formativi e occupazionali.

In rapporto al secolo scorso i giovani adulti raggiungono meno frequentemente le tappe evolutive necessarie per la transizione all'età adulta nella prima metà dei vent'anni ed è molto più frequente che vivano ancora con la propria famiglia, elemento molto meno stigmatizzato rispetto al passato (Arnett et al., 2014).

Tale prolungamento del percorso verso l'autonomia può assumere caratteristiche ancora più complesse nel caso degli adulti emergenti autistici, i quali, oltre ad affrontare le sfide proprie della loro fase di sviluppo, possono essere chiamati a fronteggiare ulteriori criticità legate alle caratteristiche del disturbo e alle richieste del contesto di vita (Radey et al., 2025).

Il disturbo dello spettro autistico è una condizione del neurosviluppo molto eterogenea e complessa che influenza il modo in cui l'individuo percepisce e interagisce con il mondo. È caratterizzato da difficoltà nella comunicazione sociale, comportamenti ripetitivi e interessi ristretti (Brede et al., 2026).

Le difficoltà dei giovani adulti autistici in quasi ogni ambito della vita adulta possono essere in parte dovute alla limitata presenza di sistemi di supporto che favoriscano l'acquisizione delle competenze lavorative o di gestione della propria vita. Lo studio di Radey e colleghi utilizza delle interviste con i genitori di giovani adulti autistici per sottolineare come sia presente una scarsa conoscenza delle risorse disponibili, difficoltà nell'accesso alle stesse e una forte discrepanza tra ciò che il servizio offre e ciò di cui i figli hanno davvero bisogno (Radey et al., 2025).

Inoltre, quando tali sistemi di supporto sono presenti, il loro inserimento tardivo risulta meno efficace rispetto a interventi avviati precocemente. Ciò è particolarmente evidente nei percorsi di integrazione, nell'inserimento lavorativo e nel successo accademico, ambiti nei quali i giovani adulti autistici presentano tassi di occupazione e termine degli studi universitari più bassi (Wolpe et al., 2025).

In aggiunta a ciò, le persone che raggiungono gli indicatori tradizionali di successo riferiscono esiti non desiderabili (Radey et al., 2025).

Il rapporto dei giovani adulti autistici con i sistemi di supporto è tendenzialmente ambivalente, sebbene l'abbandono dei servizi sia più marcato in rapporto agli individui nella stessa fascia d'età ma con disabilità diverse (Radey et al., 2025).

Se la teoria dell'adulthood emergente di Arnett definisce l'*emerging adulthood* come una fase di sviluppo ed esplorazione durante la quale gli individui devono assumere le competenze necessarie per il raggiungimento della giovane età adulta e ne descrive le tappe, il modello della *Transition Theory* di Nancy Schlossberg permette di analizzare nel dettaglio le modalità con cui l'individuo affronta il passaggio da una fase all'altra, prendendo in analisi una serie di elementi.

La *Transition Theory* di Nancy Schlossberg è un modello di studio della psicologia dell'adulto nato nel 1981 e analizza le transizioni che un individuo deve affrontare attraverso l'analisi delle risorse possedute dallo stesso, dal tipo di transizione e dalle condizioni situazionali.

Nella disamina di Schlossberg vengono elencati numerosi elementi che possono influenzare il processo di transizione da una situazione a un'altra. Tra questi rientrano il ruolo che la persona andrà ad assumere, considerando che il cambiamento di ruolo non si verifica necessariamente in ogni transizione, sebbene sia frequente; le risorse di cui la persona dispone, sia interne sia esterne; la qualità emotiva associata all'evento, che può essere caratterizzato da emozioni positive o negative; e il *timing*, ovvero la percezione che la transizione avvenga in un momento considerato "puntuale" oppure "in ritardo" rispetto alle aspettative sociali e personali. Vi è ulteriormente da considerare se la transizione è graduale o improvvisa. Nel primo caso l'individuo può prepararsi gradualmente al cambiamento futuro (es. laurea o pensionamento) e mettere in campo strategie di socializzazione anticipatoria, ovvero il processo di apprendimento dei diritti, degli obblighi, delle risorse e delle prospettive di una posizione o situazione che si occuperà in futuro, elemento che aiuta ad alleviare il dolore di alcune transizioni inevitabili; fantasticando e conoscendo persone che già occupano una determinata posizione e che quindi fungono da modelli in cui ci si può immedesimare.

Quando invece l'evento è improvviso è molto più complesso fare fronte al cambiamento, in quanto l'individuo non ha possibilità di prepararsi alla transizione e non è in grado di accettarla. Questo effetto può ulteriormente avvenire quando le persone, nonostante affrontino transizioni considerabili come graduali, si trovano impreparate al cambiamento perché incapaci di accettarlo prima che l'evento si manifesti.

Un ulteriore elemento è la durata effettiva della transizione: cambiamenti e transizioni di breve durata, soprattutto se dolorose, vengono accettati più facilmente. Le transizioni che invece conducono a livelli più alti di stress sono quelle dalla durata incerta. Infine, un altro elemento importante per la transizione è il livello di stress percepito (Schlossberg, 1981).

Lo studio di Wolpe fa riferimento a questa teoria per esplorare l'esperienza di 17 giovani adulti autistici indagando su diversi aspetti, come l'esperienza scolastica e familiare relativa alla "preparazione" per la transizione verso il mondo degli adulti.

Sulla base di ciò che viene dichiarato dai partecipanti dal punto di vista accademico alcuni di essi hanno ricevuto supporto relativo allo sviluppo di competenze, allo sviluppo di un metodo di studio, con il supporto di esperienze che li hanno aiutati al passaggio alla vita adulta.

Uno degli elementi più positivi e maggiormente apprezzati è la possibilità di vivere esperienze sociali positive e appassionanti che hanno permesso la costruzione di un'identità positiva di sé attraverso una vita sociale, lavorativa ed hobby che hanno contribuito ad un maggiore benessere personale. Viene inoltre sottolineata l'importanza di programmi di supporto specifici.

Altri partecipanti invece hanno dichiarato di non aver ricevuto nessun tipo di preparazione alla vita dopo il diploma, descrivendo esperienze di deumanizzazione, umiliazione e crudeltà, spesso associate allo scopo del personale scolastico di rendere gli studenti autistici più "neurotipici". Vi è inoltre il fenomeno della infantilizzazione, elemento associato alla forte frustrazione nell'essere percepiti come più piccoli della propria età od incapaci. Questo comportamento conduce ad una minimizzazione dell'agency.

L'infantilizzazione si protrae fino alla vita adulta, dove le protezioni dell'infanzia vengono rimosse, senza però che l'individuo possieda le istruzioni o la sicurezza (certezza e autostima) costruita attraverso le esperienze passate con lo scopo di rinforzare i propri successi.

A questo proposito è interessante il commento di un partecipante alla ricerca che sostiene: *"È il tuo diciassettesimo compleanno e ti trattano come un dodicenne e poi è il tuo diciottesimo compleanno e tutte le responsabilità ti vengono gettate addosso. Anche quando hai diciassette anni sei autistico e quindi ti trattano come se fossi molto più piccolo. È solo un ragazzo autistico e deve essere protetto dai pericoli del mondo. Poi hai diciotto anni e sei un adulto e non importa se sei autistico. Fai la tua parte"*

Ciò è presente anche in ambito psichiatrico, dove gli adulti autistici vengono definiti come "infantili". Nelle interviste viene inoltre sottolineata la discrepanza tra l'aiuto non necessario e non richiesto e l'aiuto che le persone autistiche invece chiedono esplicitamente, volto all'acquisizione della massima autonomia e alla riduzione dello stigma (Wolpe et al., 2025).

È stato inoltre osservato come la figura dei genitori sia molto importante nella vita dei propri figli durante il periodo dell'adulthood emergente, in quanto gli stessi assistevano i figli nella gestione e nel raggiungimento delle strutture di assistenza (Radey et al., 2025).

I precedenti studi illustrano come la transizione all'età adulta negli adulti emergenti autistici sia caratterizzata da una minore disponibilità di risorse e da un cambiamento di ruolo spesso

brusco, segnato da fenomeni come l'infantilizzazione, oltre che dalle difficoltà legate al confrontarsi con le richieste di una società organizzata secondo una struttura neurotipica.

1.3 diagnosi e riconoscimento in età adulta: diagnosi tardive ed errate e il ruolo del mascheramento

Il disturbo dello spettro autistico è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da un deficit nella comunicazione, nell'interazione sociale e nella reciprocità socio-emozionale (eccessiva espansività o incapacità di portare a termine uno scambio di battute in una conversazione), ridotta condivisione emozionale e di interessi, fallimento nella risposta adeguata nelle relazioni sociali. Sono inoltre presenti deficit nella comunicazione non verbale con scarso utilizzo della stessa (comunicazione verbale o non verbale poco ricca, mancanza di agganciamento visivo, espressività assente, difficoltà nella comprensione del linguaggio non verbale, espressività e gestualità del tutto assenti), difficoltà nel modulare, mantenere e costruire relazioni sociali. Un insieme di interessi ristretti, comportamenti e attività (movimenti continui e stereotipati o ecolalia), aderenza ed inflessibilità alla routine, con difficoltà importanti ad accettare il cambiamento e ipersensibilità sensoriale agli stimoli.

Il disturbo viene diagnosticato prevalentemente nei maschi con una distribuzione di genere di 3:1 nei bambini, mentre nell'età adulta si attesta a 2.6:1 (Brede et al., 2026).

L'aumentare dell'interesse di studio sull'autismo ha contribuito all'aumento delle diagnosi precoci e di conseguenza ad un maggiore supporto alle persone, sottolineando i limiti del modello categoriale classico e la necessità di modelli di assistenza individualizzati.

Le diagnosi precoci sono spesso associate ad un quadro sintomatologico più grave, mentre in individui con sintomi più sfumati la diagnosi avviene in un'età più avanzata (Pelle, 2025).

Il concetto di diagnosi tardiva ad oggi non ha una definizione chiara, in quanto a varietà di studi non vi è un vero e proprio accordo: in alcuni viene definita come una diagnosi che avviene in età adulta, mentre per altri si colloca in adolescenza o nella seconda infanzia o ancora intorno ai 3-4 anni. Questa profonda differenza è influenzata dalla popolazione di studio specifica presa in analisi da ogni singolo studio: se l'età di interesse è l'infanzia si considera tardiva un'età intorno ai 2-3 anni, mentre quando ci si concentra negli adulti si attesta sopra ai 18 (Russell et al., 2024).

Chi riceve la diagnosi in età adulta spesso la ricercava come risposta a problemi di salute mentale ed era il primo ad ipotizzare di essere autistico, mentre nella diagnosi in età infantile questo non avveniva.

Inoltre alla diagnosi di autismo negli adulti se ne associavano altre co-occorrenti come depressione, ADHD e ansia (Abu-Ramadan et al., 2025).

In uno studio di French e Cassidy è stato osservato come la diagnosi abbia condotto diversi cambiamenti in positivo dal punto di vista delle relazioni, andando a dare una risposta alle difficoltà provate dalla persona a scapito talvolta di una percezione negativa della diagnosi. Ha inoltre condotto a comprendere le difficoltà relazionali, il senso di non appartenenza e le maggiori difficoltà a livello scolastico e lavorativo.

Spesso i partecipanti dichiaravano di sentirsi “rotti” o “sbagliati” durante la loro infanzia e la sensazione di non appartenenza ha condotto a diverse difficoltà nella crescita e ad un peggioramento della salute mentale.

Il ricevimento della diagnosi ha portato invece ad una riduzione del senso di non appartenenza e ha condotto ad un aumento della speranza, oltre che ad una maggiore comprensione di sé stessi e la possibilità di lavorare sui propri problemi di salute mentale.

D'altra parte però sono stati osservati degli effetti negativi sulla salute mentale dopo la diagnosi come depressione, ansia, dipendenza e ideazione suicidaria.

Secondo i partecipanti la validazione a seguito della diagnosi ha condotto a comprendere i loro punti di forza e le loro debolezze, oltre che le strategie e la ricerca di supporto. (French & Cassidy, 2024).

L'iter diagnostico per il disturbo dello spettro autistico comprende l'analisi clinica, lo screening e la raccolta di informazioni sulla base della narrazione degli informatori e del paziente (Pelle, 2025).

Il riconoscimento di diagnosi di disturbo dello spettro autistico negli adulti è stato introdotto per la prima volta nel DSM-5 con la sostituzione del criterio della giovane età con la presenza del sintomo nella prima infanzia. Tuttavia, tali sintomi possono non manifestarsi pienamente fino a quando le richieste ambientali non superano le capacità individuali oppure possono essere mascherati da strategie compensatorie apprese nel corso dello sviluppo (American Psychiatric Association, 2022).

La corretta diagnosi di disturbo dello spettro autistico e l'impostazione di adeguati strumenti di supporto è divenuta una priorità, ma è spesso resa più complessa dall'assenza di *caregiver* o informatori capaci di fornire elementi relativi all'infanzia dell'individuo. Ciò limita l'assessment delle informazioni cliniche dei sintomi infantili.

Inoltre, gli individui possono aver sviluppato strategie di *masking*, ovvero una strategia messa in atto per celare le caratteristiche del disturbo o per presentarsi come una persona non autistica.

Le strategie di *masking* più comuni comprendono, imitare la mimica delle persone non autistiche, compiere uno sforzo per mantenere consapevolmente il contatto visivo, memorizzare regole e indizi sociali non intuitivi, imparare degli argomenti di circostanza (script conversazionali). Comprende anche la soppressione dei comportamenti tipici dell'autismo come l'ecolalia, *stimming* motori, reazioni negative a stimolazioni sensoriali, parlare meno spesso dei propri interessi (Durben, 2026).

Inoltre bisogna porre l'attenzione su uno sviluppo compensatorio o strategie di "soppressione" che possono nascondere i sintomi dell'autismo e di conseguenza impedirne la diagnosi.

Da evidenziare anche come la presenza di altri disturbi del neurosviluppo o comorbidità possa complicare la diagnosi, in quanto la sintomatologia può essere sovrapponibile o nascondere quella del disturbo stesso.

In uno studio citato da Pelle viene evidenziato che il 24.6% di 1211 adulti con un disturbo dello spettro autistico aveva ricevuto precedentemente una diagnosi errata, con una percentuale più alta di disturbi di personalità.

Per giungere ad una diagnosi differenziale e ad eventuali comorbidità ed evitare diagnosi errate (soprattutto nelle donne) legate a disturbi sovrapponibili è necessario prestare attenzione a diverse patologie, quali la depressione, l'ansia, il disturbo ossessivo compulsivo, la psicosi, i disturbi di personalità e altri disturbi del neurosviluppo (Pelle et al., 2025).

I servizi psichiatrici per adulti possono incorrere in numerose difficoltà nel riconoscimento del disturbo, soprattutto in presenza di disturbi psicotici, elemento che compromette la costruzione di una diagnosi corretta e presenta un forte impatto sulla qualità della vita e sul benessere della persona.

Sempre secondo lo studio di Pelle et al., (2025) il 68.7% dei soggetti con disturbo dello spettro autistico presentava almeno una comorbidità con almeno un altro disturbo psichiatrico, senza distinzione di sesso, età, grado d'istruzione, urbanizzazione e uso di cannabis. I disturbi con un'incidenza maggiore sono depressione e disturbi d'ansia, con un aumento significativo dall'adolescenza nell'età adulta (Pelle et al., 2025).

Uno studio di Capp ha preso in analisi la presenza di tratti di ansia e depressione in coppie di gemelli giovani adulti (età media di 25 anni) con tratti autistici e ADHD, osservando come i partecipanti con tratti autistici più elevati presentassero una sintomatologia ansiosa e depressiva più grave in rapporto ai partecipanti con tratti più bassi, senza distinzione di età, abilità cognitive o condizione socioeconomica dei genitori.

Queste differenze erano riscontrabili anche a livello di genere, con sintomatologia più grave nelle donne rispetto agli uomini.

L'alta comorbilità con i precedenti disturbi può essere associata alle sfide che i giovani adulti con disturbo dello spettro autistico che preservano un funzionamento cognitivo nella norma affrontano nell'integrazione sociale, nella regolazione emotiva e nel rispondere adeguatamente alle richieste relazionali e occupazionali, elementi in cui le persone autistiche possono avere maggiori difficoltà. Ciò può essere legato all'aumento dello stress accumulato nel corso della vita a seguito dei costanti sforzi di adattamento alle richieste sociali e a esperienze di fallimento o di rifiuto, fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo.

Inoltre la depressione può essere associata alla consapevolezza acquisita dagli individui delle proprie maggiori difficoltà (Capp et al., 2025).

Riconoscere e identificare precocemente le comorbidità nel disturbo dello spettro autistico può essere essenziale per costruire terapie adeguate e funzionali (Pelle et al., 2025).

1.4 Differenze di sesso e di genere nel riconoscimento diagnostico

Lo studio sulle differenze di genere legate all'autismo è divenuto nel corso degli ultimi anni un elemento di maggiore interesse di ricerca, soprattutto per migliorare l'accuratezza diagnostica, strutturare trattamenti personalizzati e promuovere la parità nella cura sanitaria, in particolare per condizioni cliniche con discrepanze nella distribuzione di genere.

L'autismo si manifesta frequentemente in modo differente tra uomini e donne.

Una possibile spiegazione della predominanza di diagnosi di disturbo dello spettro autistico negli uomini può essere associata alla maggiore tendenza femminile nel mettere in pratica comportamenti di mascheramento, di *camouflaging* o di comportamenti di compensazione per nascondere le caratteristiche relative al disturbo, nonostante le stesse siano sempre presenti.

Con il termine *camouflaging* si fa riferimento ad una serie di strategie, consapevoli o inconsapevoli, messe in atto dall'individuo, come ad esempio imitare la mimica o il linguaggio del corpo di un pari ritenuto socialmente competente, per nascondere i propri tratti autistici. È stato ipotizzato che il *camouflaging* condivida gli stessi meccanismi associati alla gestione di relazioni sociali efficaci, ma le differenze neuro-cognitive nelle funzioni cognitive e nella *social cognition* rendono questo processo molto più difficoltoso per le persone autistiche (Milner et al., 2023).

In un articolo del 1981 Wing suggerisce che le ragazze e le donne ricevano la diagnosi meno frequentemente per la maggiore capacità di imitare le strategie di comunicazione neurotipiche (Wing 1981 da Milner et. al 2023).

Diversi studi condotti da Hull e altri ricercatori mostrano come siano presenti abilità di *camouflaging* in entrambi i generi, ma che è più frequente che le donne lo adottino in rapporto agli uomini. Di conseguenza il *camouflaging* può divenire un fattore ostacolante per la diagnosi, fino a quando l'individuo non si trova in una situazione in cui la pressione sociale non diventa eccessiva. Ciò può verificarsi spesso in adolescenza quando le relazioni con i pari diventano più complesse. In queste situazioni le strategie di coping non risultano sufficienti e la sintomatologia dell'autismo diventa osservabile dagli altri, conducendo poi ad una diagnosi.

Generalmente le donne autistiche hanno maggiori probabilità di ricevere diagnosi aggiuntive. La loro maggiore vulnerabilità a fattori stressanti può essere correlata a fattori di *masking*, che possono contribuire a ridurre l'esclusione sociale, ma sono anche correlati al rischio di *burnout* e all'aggravarsi di problemi di salute mentale associati al loro mantenimento e all'impatto sull'immagine del sé (Milner et al., 2023).

È stata inoltre dimostrata una differenza nelle comorbidità tra gli uomini e le donne autistici, in quanto nelle donne è più frequente avere come diagnosi concorrente disturbi d'ansia, legati allo stress o al trauma, disturbi alimentari e di personalità. Ciò sottolinea la maggiore vulnerabilità a condizioni internalizzanti. Gli uomini autistici invece hanno maggiori probabilità di avere comorbidità con disturbi esternalizzanti, come dipendenza da sostanze, disturbi del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, disturbi da tic.

Differenze di genere legate alla depressione necessitano di ulteriori studi.

Altre condizioni rispecchiano le differenze di genere osservate nella popolazione neurotipica, ad eccezione di disturbi dello spettro della schizofrenia, disturbi psicotici e ADHD, che nella popolazione neurotipica dimostrano una maggiore prevalenza nel sesso maschile, elemento assente nella popolazione autistica (Brede et al., 2026).

L'analisi dell'esperienza diagnostica in una prospettiva di genere di Abu-Ramadan e colleghi (2025) osserva in un campione di 129 adulti con un'età media di 30 anni ha illustrato come, in rapporto agli uomini cisgender, chi si riconosceva un'identità *gender diverse* aveva più probabilità di incorrere in barriere diagnostiche, in stress relativo a ricevere una diagnosi e ad una maggiore percezione di non essere ascoltati. Questo elemento è associato a livelli più bassi di soddisfazione per la diagnosi. Le donne e gli individui *gender diverse* dichiaravano inoltre di aver percepito un senso di sollievo al ricevimento della diagnosi rispetto agli uomini, elemento associato ad un senso di validazione dopo essere stati trascurati, giudicati male o ignorati. Le persone *gender diverse* hanno inoltre dichiarato un forte timore che il personale medico potesse non rispettare la loro identità. Le donne cisgender invece dichiaravano di avere una maggiore paura di non essere ascoltate, credute o comprese in rapporto agli uomini cisgender (Abu-Ramadan et al., 2025).

Infine lo studio di Tien prende in analisi la relazione tra l'identità autistica e lo sviluppo di un'identità queer o non binaria. Le persone autistiche che hanno partecipato alla ricerca hanno dichiarato come la loro visione del genere sia comparabile ad una serie di norme sociali più che ad una sensazione di appartenere a quel genere, ovvero come regole imposte dell'esterno. In secondo luogo alcuni hanno anche dichiarato di aver costruito la propria identità di genere prima accettando e poi comprendendo i propri tratti autistici, oppure facendo all'inverso (Tien et al., 2025).

Capitolo 2

2.1 neurodiversità e autorappresentanza

Con medicalizzazione si definisce un processo in cui le normali caratteristiche del comportamento umano ricadono nella giurisdizione medica (Russell, 2019).

Il primo modello medico dell'autismo osservava il disturbo come un'anomalia comportamentale e mirava a ridurre i sintomi e a "normalizzare" la persona. Questo si rifletteva anche sulla visione dei genitori, diventati co-terapeuti nei confronti dei propri figli autistici, portando a percepire l'autismo come un elemento scisso ed esterno alla loro persona (Leadbitter et al., 2021).

È importante però sottolineare come la concezione dell'autismo non possa essere solamente basata sulla visione in campo di abilità e possibilità, ma deve anche considerare tutte le difficoltà che i giovani adulti autistici devono affrontare e la loro percezione del proprio autismo come una disabilità (Cooper et al., 2017).

Nel corso degli ultimi anni, a una visione dell'autismo in una dimensione strettamente medica e deficitaria, se ne è aggiunta una seconda relativa alla dimensione identitaria in cui l'individuo può riconoscersi o meno.

Questo processo prosegue di pari passo con l'aumentare dell'auto-rappresentanza nelle comunità autistiche e con la maggiore consapevolezza sulle capacità e sul talento di queste persone.

Con autorappresentanza (*self-advocacy*) si indica la rivendicazione, da parte delle persone autistiche stesse, del diritto a parlare in prima persona delle proprie condizioni di vita, in contrapposizione alla delega tradizionalmente affidata a familiari, clinici e associazioni di genitori. Le prime forme organizzate emergono negli anni Novanta attorno a spazi di socialità telematica: la mailing list di *Autism Network International*, nata nel 1992 da un gruppo di attivisti autistici, tra cui Jim Sinclair, e in seguito la lista InLv, che permisero a persone geograficamente disperse di riconoscersi come comunità e di elaborare un lessico condiviso. Il passaggio dalla comunità all'azione politica organizzata si compie negli anni Duemila con la fondazione dell'Autistic Self Advocacy Network (ASAN, 2006), che adotta lo slogan del movimento per i diritti delle persone con disabilità «Nothing about us without us» e interviene nel dibattito sulle classificazioni diagnostiche e sulle priorità della ricerca. È in questi contesti che la neurodiversità cessa di essere un'etichetta descrittiva e diventa una risorsa identitaria

disponibile: uno spazio in cui la diagnosi può essere riletta come appartenenza a un gruppo, e non soltanto come deficit individuale (Russell, 2019).

La neurodiversità costituisce una prospettiva interpretativa che considera le differenze neurologiche come espressione della variabilità naturale della popolazione, superando una lettura esclusivamente patologica o deficitaria dell'autismo.

Il movimento della neurodiversità, invece, rappresenta la dimensione sociale e politica di questa prospettiva, attraverso la quale le persone neurodivergenti rivendicano autorappresentanza, autodeterminazione e partecipazione alle decisioni che riguardano la propria esperienza.

La nascita della neurodivergenza come corrente di pensiero viene generalmente attribuita alla sociologa Judy Singer che nel 1998, influenzata dai movimenti per i diritti per le persone con disabilità, coniò il termine in un contesto online. L'origine in un contesto di un forum rende però difficile risalire alla reale paternità del concetto.

Il termine si è in seguito diffuso tramite il giornalista Harvey Blume, che lo utilizzò in un suo articolo pubblicato su Atlantic *"Neurodiversity: On the neurological underpinnings of geekdom"* (Blume, 1998).

I sostenitori della teoria della neurodivergenza tendono a introdurre un paradigma sociale della disabilità, scindendo una condizione biologica o un modo di essere da una menomazione/disabilità legata alle infrastrutture inaccessibili e spingono a costruire una struttura in cui le persone autistiche possano provare orgoglio per la loro identità. Considerando i punti di forza i sostenitori utilizzano tendenzialmente un linguaggio *identity first*, ovvero "persona autistica", in sostituzione alla terminologia medica del *person-first* "persona con autismo" (Leadbitter et al., 2021).

Nel capitolo *Critiques of the Neurodiversity Movement* del libro *Autistic Community and the Neurodiversity Movement: Stories from the Frontline* di Palgrave Macmillan, Ginny Russell illustra le critiche più frequentemente mosse al paradigma della neurodiversità. Inanzitutto viene mossa una critica terminologica, in quanto viene osservato come l'utilizzo di termini come neurotipico e neurodivergente vadano a favorire una mentalità "noi" e "loro", nonostante le conoscenze empiriche relative all'autismo illustrino come lo stesso sia uno spettro di diverse caratteristiche che possono quindi essere ampiamente presenti anche in individui che non hanno mai ricevuto una diagnosi (autismo sottosoglia).

La costruzione teorica dello spettro si rifà al *broader autism phenotype*, ovvero un insieme di caratteristiche tipiche del disturbo dello spettro autistico (funzionamento cognitivo, linguaggio...), ma meno marcate presenti in parenti diretti della persona autistica (Ingersoll & Wainer, 2014).

Ovvero, secondo questa critica, la linea di differenziazione tra il concetto di persona autistica e di persona neurotipica è molto sfumata.

Inoltre il termine neurotipico, che in campo psicologico ha un carattere neutro, nei forum relativi allo spettro autistico viene spesso utilizzato con un'accezione negativa.

Una seconda critica sottolinea come gli argomenti trattati siano riduzionistici, promuovendo una concezione dell'autismo in ambito strettamente genetico o neurologico. Inoltre vengono trattati i temi della generalizzazione e il presupposto secondo cui le voci degli individui che hanno un'esperienza vissuta (ovvero le persone autistiche) abbiano più valore.

Il movimento è stato ulteriormente criticato in quanto risulta poco rappresentativo, soprattutto per quelle fasce di individui con diagnosi di autismo più grave, non verbali o che non fanno utilizzo di social per entrare in contatto con il movimento, contenendo invece in sé tutti gli individui con minori necessità di supporto (autismo di livello 1 e sindrome di Asperger, però non più presente come categoria diagnostica nel DSM-5) (Russell, 2019).

2.2 Social identity theory nell'identità autistica

La *social identity theory* è una teoria formulata dagli psicologi sociali Henri Tajfel e John Turner. Con il termine gruppo definisce un insieme di individui che si riconoscono come membri della stessa categoria sociale, condividono in parte lo stesso coinvolgimento emotivo nella stessa definizione di loro stessi, e raggiungono un certo grado di consenso nella valutazione del gruppo e dei suoi membri. La categorizzazione sociale viene definita come lo strumento cognitivo per dividere, classificare e ordinare l'ambiente sociale così da permettere alle persone di vivere nuove esperienze sociali, ma, oltre a ciò, fornisce all'individuo informazioni di self-reference, ovvero indicazioni sulla propria collocazione nel sistema sociale. Secondo questa connotazione, il gruppo sociale fornisce all'individuo una definizione di sé in termini sociali. Di conseguenza individui tentano di mantenere o aumentare la propria fiducia in sé stessi per darne una buona immagine. La valutazione del proprio gruppo di un individuo è determinata dalla comparazione sociale in relazione ai suoi valori e alle sue caratteristiche. Il prestigio dell'*ingroup* dipende dall'esito del confronto con gli *outgroup* rilevanti: una differenziazione favorevole sostiene un'identità sociale positiva, una sfavorevole la indebolisce. Di conseguenza gli individui tendono ad aumentare o mantenere un'identità sociale positiva basata sulla comparazione vantaggiosa con un *outgroup*. Quando invece l'identità sociale è insoddisfacente

gli individui abbandonano il loro gruppo per cercarne un altro con un'identità più positiva o cercano di migliorare quella del gruppo di cui fanno parte (Tajfel & Turner, 1979).

La *social identity theory* illustra come gli individui costruiscano la propria autostima e il proprio benessere sulla base della partecipazione ad un gruppo, ma è stato anche osservato come i processi di identificazione sociale risultano meno salienti nelle persone autistiche (Cooper et al., 2017).

L'identità autistica può essere definita come un tipo di identità sociale, in quanto comprende non solo le caratteristiche personali di un individuo, ma anche quelle condivise con gli altri membri del gruppo. Le ricerche illustrano come un senso di appartenenza ad un gruppo sociale sia correlato ad una migliore salute mentale, in quanto riduce i vissuti di depressione, soprattutto nelle minoranze, e incrementa l'autostima. Nonostante ciò il riconoscimento nella comunità autistica può risultare non sempre vantaggioso, poiché comporta l'adesione a una categoria socialmente stigmatizzata. Di conseguenza le persone autistiche faticano a provare un senso di orgoglio e soddisfazione nell'identificazione con gli altri membri del gruppo.

Le difficoltà nella comunicazione e nell'interazione sociale possono ulteriormente interferire con la costruzione dei processi di identificazione e rendere più complesso costruire un'identità sociale.

Oltre alle difficoltà relative alla comunicazione sono presenti delle differenze cognitive, come ad esempio le difficoltà di categorizzazione sociale e auto-categorizzazione, meccanismi che permettono di identificare i membri di un gruppo di appartenenza o dell'*outgroup*. Ciò può portare ad avere una minore percezione di essere parte di un gruppo. Uno studio di Skorich ha ulteriormente rilevato come le persone con tratti autistici hanno una maggiore probabilità di elaborare le informazioni dal punto di vista locale piuttosto che globale, influenzando la capacità di inferire lo stato mentale altrui. Le persone autistiche presentano inoltre difficoltà nel recupero di ricordi autobiografici specifici, ovvero presentano difficoltà nel ricordarsi dettagli importanti della propria vita, conducendo ad una chiarezza minore del concetto del sé (Skorich 2016 da Cooper et al., 2017).

L'identità sociale, infatti, si costruisce sulla base della relazione con altri individui che danno validazione e consenso. I processi mentali specifici dell'autismo rendono complesso generalizzare i risultati ottenuti con gruppi composti da individui con problemi di salute mentale. In effetti i risultati relativi all'identificazione nello spettro autistico sono contrastanti. Per queste ragioni i modelli di identificazione elaborati su altri gruppi minoritari non sono trasferibili senza cautela allo spettro autistico.

Le possibili cause di questa forte variabilità dei risultati possono risiedere nelle esperienze di stigma, la reazione familiare alla diagnosi, conoscenza pregressa del disturbo, processi cognitivi e assimilazione della diagnosi nel concetto del sé. Molti individui autistici tendono a percepire la propria diagnosi come negativa e a distanziarsi dall'etichetta di autismo, molti altri si concentrano invece sugli elementi positivi e le potenzialità del proprio disturbo (Cooper et al., 2017).

L'identità sociale non esaurisce però la rappresentazione di sé. Nel quadro della teoria dell'identità sociale il concetto di identità personale definisce l'insieme di caratteristiche che differenziano un individuo da un altro. La costruzione di un'identità di sé positiva, composta da comprensione, accettazione e valorizzazione della propria persona, può essere resa molto complessa dalla presenza di una disabilità. Inoltre l'interiorizzazione dello stress associato al fare parte di una minoranza potrebbe portare alla costruzione di un'immagine di sé negativa. Nel quadro del disturbo dello spettro autistico la costruzione dell'identità di un individuo può essere influenzata dall'età in cui avviene la diagnosi: persone che ricevevano la diagnosi più precocemente avevano una maggiore probabilità di accettare la diagnosi come parte di sé, mentre quando avveniva ad un'età più avanzata c'era una maggiore probabilità di percepirla come qualcosa di esterno da sé. Inoltre individui che ricevevano una diagnosi ad un'età più precoce avevano una visione più positiva della propria identità, anche se non è possibile attribuire una causalità tra i due elementi (Corden et al., 2021).

Lo studio di Corden ha osservato che all'aumentare del tempo trascorso dalla diagnosi, indipendentemente dall'età, c'era una sensibile riduzione della percezione di esclusione/ rifiuto rispetto al proprio essere autistici, oltre ad una correlazione tra orgoglio e alta autostima.

I risultati dello studio suggeriscono inoltre come l'identità autistica dell'individuo si modifichi nel tempo con in partenza un maggior numero di elementi negativi e solo successivamente con una rivalutazione che conduce ad osservare l'autismo più dal punto di vista delle potenzialità che da una prospettiva di deficit (Corden et al., 2021).

I giovani adulti e gli adolescenti autistici possono mettere in pratica diverse strategie per sfuggire agli effetti negativi relativi alla stigmatizzazione e al pregiudizio relativi alla propria diagnosi. La prima strategia disponibile è abbandonare il gruppo, la sua messa in pratica però è poco attuabile, essendo l'autismo una condizione del neurosviluppo che dura tutta la vita. Un'altra strategia consiste nel non comunicare la propria diagnosi o di cercare di apparire neurotipici, nascondendo le proprie caratteristiche tipiche dell'autismo, ciò è associato ad uno stigma interiorizzato. Ulteriormente è possibile concentrarsi sulle caratteristiche positive o sui

punti di forza associati all'autismo, così da ricavarne del benessere psicologico (Cooper et al., 2023).

Queste strategie corrispondono alle opzioni descritte da Tajfel e Turner (1979): l'uscita dal gruppo e il camuffamento rientrano nella mobilità individuale, la rivalutazione dei tratti positivi nella creatività sociale.

2.3 stigma, minority stress e camouflaging come strategia di mobilità individuale

Quando si entra in contatto con un individuo che non si conosce, ci si affida alla prima impressione, ovvero a una valutazione immediata e sommaria della personalità di chi si ha di fronte attraverso una serie di indizi. Se una buona impressione può condurre a comportamenti di affiliazione, una cattiva prima impressione, elemento particolarmente frequente nei confronti delle persone autistiche, può invece favorire comportamenti di allontanamento o evitamento. Lo studio di Sasson ha preso in analisi i risultati di tre studi condotti su diversi campioni di individui, bambini e adulti, autistici e non autistici, osservando come la prima impressione suscitata dagli individui autistici fosse costantemente meno favorevole rispetto a quella suscitata dagli individui neurotipici. Ciò potrebbe essere strettamente correlato alle evidenze secondo cui le persone autistiche tendono ad avere un minor numero di rapporti sociali e rapporti di qualità inferiore, suggerendo che la ridotta rete sociale non dipenda esclusivamente dalle caratteristiche della persona autistica, ma anche dai giudizi rapidi espressi dai potenziali partner sociali. È inoltre interessante osservare come la percezione negativa dell'individuo autistico emergesse solamente in presenza di un contatto audio e/o video e non peggiorasse con l'aggiunta di ulteriori informazioni visive o uditive, mentre la prima impressione risultava positiva quando veniva valutato esclusivamente il contenuto trascritto dei loro discorsi. La valutazione negativa sembrerebbe quindi riguardare principalmente gli aspetti espressivi della comunicazione e non la qualità del contenuto stesso. Nel gruppo di controllo, al contrario, la presenza di elementi aggiuntivi, quali l'audio associato a un'immagine statica o a un video, migliorava la prima impressione dei partecipanti. Inoltre, una prima impressione negativa influenzava successivamente anche la percezione delle abilità sociali, della piacevolezza e dell'attrattiva, valutate come inferiori, e aumentava la percezione di arrendevolezza. L'assenza di un'influenza sulla valutazione dell'intelligenza e dell'attendibilità suggerisce che la prima impressione negativa nei confronti delle persone autistiche sia maggiormente legata a fattori comportamentali che a una percezione di minore competenza. I partecipanti riferivano inoltre di essere meno propensi a stringere amicizia con persone autistiche e le percepivano

come meno “approcciabili” e più “strane”. Questo effetto è stato riscontrato in tutti e tre i campioni considerati, comprendenti bambini e adulti, indipendentemente dal metodo impiegato e dalla vicinanza di età tra valutatore e valutato. La percezione negativa dei bambini autistici da parte degli adulti e dei propri coetanei può influenzare il trattamento ricevuto dagli educatori e contribuire alla riduzione della loro rete sociale, la quale, soprattutto durante la prima adolescenza, può rappresentare una risorsa importante per la costruzione dell'identità, il supporto nella gestione dello stress e delle difficoltà e, più in generale, per il benessere individuale. La stigmatizzazione e la discriminazione, a cui le persone autistiche sono più spesso soggette, insieme ai vissuti di solitudine e di esclusione, hanno inoltre un effetto negativo sulla loro salute mentale.

Le difficoltà nelle interazioni sociali delle persone autistiche influenzano negativamente le relazioni sociali, conducendole a vissuti di solitudine. La qualità delle relazioni sociali però non è influenzata solamente dalla comunicazione sociale, ma anche dalle modalità espressive: difformità rispetto alle norme attese in ambito mimico, prossemico e prosodico. Sebbene il deficit nella comprensione degli stati mentali delle persone neurotipiche da parte delle persone autistiche sia stato ampiamente dimostrato, è stato ulteriormente osservato che lo stesso effetto avviene allo stesso modo a parti inverse (Sasson & Morrison, 2019).

Questa reciprocità è alla base del problema della doppia empatia (Milton, 2012), secondo cui l'incomprensione è bidirezionale e non riducibile a un deficit unilaterale. Le differenze nella comunicazione nelle persone autistiche riguardano anche gli interessi e la sensibilità agli stimoli (Milton, 2012).

Il *social disability theory* sottolinea come un individuo possa avere una condizione che nel modello medico viene osservata come una disabilità, ma che nella realtà dei fatti è resa tale dalla società con la concezione di normalità molto ristretta.

La stigmatizzazione nasce dal processo di etichettamento, ovvero la definizione di un individuo sulla base di sue poche caratteristiche e, nel caso dell'autismo, sottolinea le differenze tra persone neurotipiche e neurodivergenti. Il problema sorge quando a queste differenze ed etichette viene attribuito una connotazione valutativa, di rado positiva e più spesso negativa che può far sorgere lo stigma, che influenza negativamente il benessere e la salute mentale di chi ne è vittima. Nel caso delle persone autistiche gli alti livelli di stigma osservati negli studi sul tema potrebbero spiegare gli alti livelli di vittimizzazione. Inoltre il rigetto sociale può essere interiorizzato portando la persona a costruire un'immagine negativa di sé (Link & Phelan, 2001).

La minority stress theory, specificazione del più generale del *social stress problem*, è nata con l'obiettivo di spiegare le disparità dal punto di vista della salute tra i gruppi stigmatizzati e la maggioranza. È sostenuta da quattro premesse: primo, una differenza tra gruppi non implica sempre una discrepanza problematica (alcune differenze sono attese, come certi disturbi più comuni in età avanzata); secondo, il modello si basa su medie e su effetti medi, per cui il fatto che un singolo individuo del gruppo minoritario non sperimenti lo svantaggio non ne inficia la validità; terzo, il modello si applica in modo trasversale a diverse situazioni sociali e alla salute generale, non a un disturbo specifico; infine, riguarda uno svantaggio di natura sociale dovuto a fattori esterni e a norme sociali specifiche imposte alla categoria svantaggiata, non una caratteristica intrinseca della categoria stessa (Schwartz & Meyer, 2010, da Botha & Frost, 2020).

La *social stress theory* ipotizza che le disuguaglianze sociali possano tradursi in effetti avversi sulla salute fisica e mentale: un maggiore livello di stress, unito a minori risorse per fronteggiarlo, può essere legato a una riduzione dello status sociale. Le disparità di salute fisica e mentale tra persone autistiche e non autistiche sono ben documentate, con tassi di ideazione e comportamenti suicidari più alti tra le prime (Schwartz & Meyer 2010 da Botha e Frost, 2020). La teoria individua inoltre due tipologie di fattori di stress: gli stressor distali, ovvero eventi oggettivi di pregiudizio e discriminazione subiti dall'individuo, e gli stressor prossimali, legati invece a processi soggettivi come l'aspettativa di rifiuto, l'occultamento della propria condizione e lo stigma interiorizzato (Meyer, 2003 da Botha e Frost, 2020).

Lo studio di Botha e Frost (2020) osserva come le persone autistiche vivano un carico ulteriore di stress sotto forma di *minority stress (autism minority stress)*, inoltre l'effetto dello stesso incide sulla salute mentale in aggiunta a tutti gli elementi di stress della vita di un individuo. La discriminazione che avviene ogni giorno è ulteriormente correlata a sentimenti di rifiuto, mentre l'apertura è stata osservata essere correlata ad una minore salute mentale negli individui autistici, questo elemento potrebbe essere associato alla maggiore probabilità che l'apertura possa renderli vittima di maggiori discriminazioni. Gli effetti positivi del rivelarsi sono in parte cancellati dalla possibile presenza di esperienze di bullismo (Botha & Frost, 2020).

Le persone autistiche per evitare vissuti di solitudine senza essere costrette a rivelare la propria identità fanno spesso uso di strategie di camouflaging (di cui fa parte anche il masking) Con il termine camouflaging si definiscono una serie di strategie messe in atto dalle persone autistiche per apparire neurotipiche, mascherando le difficoltà sociali e comunicative e i tratti propri del disturbo. Vi sono due principali teorie relative alla funzione del camouflaging: integrarsi nel contesto sociale neurotipico o mantenere relazioni sociali così da non essere esclusi.

Un'ulteriore spiegazione delinea il camouflaging come una strategia di risposta allo stigma relativo all'autismo, stigma che potrebbe prendere forma nello screditamento di comportamenti tipici dell'autismo come lo stimming, ovvero una serie di comportamenti ripetitivi con funzione di rilassamento e riduzione dello stress. (Hull et al., 2017).

Lo studio di Perry ha osservato una forte correlazione tra stigma e camouflaging alla luce della *social identity theory* e su un campione di adulti autistici (dai 18 ai 65 anni), il camouflaging non media la relazione tra stigma e salute mentale: pur essendo adottato in risposta allo stigma, non ne attenua gli effetti sul benessere (Perry, 2022).

2.4 la costruzione dell'identità autistica nei giovani adulti: la comunità e il contesto dell'istruzione secondaria.

Per i giovani adulti autistici ricevere una diagnosi ha un valore ulteriore alla semplice etichetta clinica, in quanto permette di reinterpretare con una nuova chiave osservativa episodi di difficoltà, isolamento o incomprensione che, senza conoscerne le reali motivazioni, erano associati erroneamente a una carenza personale.

In questo senso la diagnosi funziona come un evento identitario, un punto di svolta narrativo che riorganizza la continuità tra il sé passato e quello presente (Corden et al., 2021). L'esito di tale riorganizzazione, tuttavia, non è univoco: la stessa informazione può essere integrata nel concetto di sé oppure trattata come un'attribuzione esterna, e da questa alternativa dipendono tanto il momento in cui la diagnosi viene ricevuta quanto le scelte successive di rivelarla o tacerla (Cooper et al., 2023).

Promuovere una struttura dell'identità autistica che tenga conto sia delle difficoltà sia delle risorse dell'individuo può risultare particolarmente utile per il mantenimento di una buona salute mentale, soprattutto considerando che le persone con livelli più elevati di tratti autistici sono maggiormente esposte a esperienze di bullismo e vittimizzazione. In questa prospettiva, il supporto post-diagnostico assume un ruolo importante nell'aiutare i giovani adulti autistici a comprendere meglio la propria individualità e a sviluppare gli strumenti necessari per costruire la propria identità durante il passaggio all'età adulta. La costruzione di un'immagine positiva dell'autismo può tuttavia risultare più complessa durante la giovinezza rispetto all'età adulta, in relazione alla maggiore frequenza di esperienze di stigmatizzazione e alle difficoltà incontrate nella vita quotidiana.

Per quanto riguarda l'esperienza nei contesti d'istruzione superiore, intesa come tutti i percorsi di educazione terziaria, risulta più facile conoscere persone con una diagnosi analoga, ciò è influenzato da una minore pressione e una maggiore apertura verso i tratti del disturbo dello

spettro autistico. D'altro canto diversi studenti sostengono anche come talvolta l'assistenza dell'istituto in cui avviene la formazione superiore non sia sufficiente.

Si può inoltre osservare che la presenza dello stigma e l'assenza di conoscenze riguardanti l'autismo abbiano un effetto negativo sulla salute mentale degli studenti, rendendoli meno inclini a ricercare e a ricevere il supporto adeguato quando richiesto (Cooper et al., 2023).

Lo studio di Cooper e colleghi (2023) illustra come la percezione della propria identità autistica come centrale sia associata a tratti autistici più marcati e a livelli di ansia sociale più elevati. Ciò potrebbe suggerire che una minore identificazione con tale identità possa essere correlata a livelli inferiori di ansia sociale, il dato non consente però di stabilire la direzione della relazione. Lo studio rileva inoltre come avere un'identità autistica positiva e una maggiore solidarietà da parte della comunità di riferimento, oltre che da amici e familiari, sia correlato a una migliore salute mentale. Non vi sono tuttavia prove di una correlazione con i livelli di ansia sociale.

È presente una grande varianza nella percezione della propria identità negli studenti dell'istruzione superiore, alcuni la consideravano una parte centrale della propria identità, altri le attribuivano un peso marginale, altri ancora si collocavano in una posizione intermedia.

Le persone autistiche provano alti livelli di preoccupazione nella transizione al contesto universitario, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti sociali, sensoriali e ambientali, il senso di appartenenza e la gestione della vita autonoma, con livelli più alti nelle donne rispetto agli uomini. L'iperstimolazione, ovvero fattori come luce troppo intensa, rumori troppo forti e la folla, è stata infatti identificata come un elemento di stress per le persone autistiche e può condurre a livelli di ansia maggiori e ad un peggioramento della performance accademica, oltre a essere correlata ad una riduzione della partecipazione e senso di appartenenza. L'alta preoccupazione può essere inoltre interpretata secondo la *Transition Theory*, in quanto il passaggio dalle scuole superiori al contesto universitario può essere fortemente percepito come la transizione in una nuova fase dove ad un'alta richiesta si associa una diminuzione della controllabilità. La riuscita della transizione dipende dall'interazione tra caratteristiche della situazione, risorse individuali, supporti disponibili e strategie di coping. Inoltre le implicazioni della *social disability theory* contemplano le barriere fisiche e sensoriali come vero ostacolo per le persone autistiche e in parte causa della loro disabilità. Le persone autistiche hanno uno stile comunicativo e sociale diverso dai coetanei neurotipici, ma conoscono il concetto di amicizia e desiderano avere relazioni sociali con gli altri individui. I programmi di supporto per facilitare la socializzazione organizzati dalle scuole spesso puntano ad insegnare le strategie neurotipiche e normative, limitando al contempo caratteristiche non-tipiche. È stato osservato come però queste strategie di apprendimento normativo non siano funzionali in quanto inferiscono

indirettamente il messaggio che le strategie corrette siano solo quelle neurotipiche (e di conseguenza danno adito a meccanismi di stigma). Inoltre inducono la persona a costruirsi una maschera che richiede uno sforzo continuativo e prolungato che aumenta i livelli di ansia e stress, oltre che il rischio suicidario (Cassidy et al., 2018).

Un elemento invece essenziale per il benessere è il peer support. Lo studio di Crompton et al., (2022) ha analizzato l'effetto del supporto tra coetanei autistici nel contesto scolastico in un gruppo di giovani adulti osservando come il concetto di inclusività che contiene in sé molti altri sotto temi come gli effetti positivi di avere qualcuno "che parla la stessa lingua" (parlare delle stesse esperienze e non doversi camuffare, stesso schema comunicativo, sentirsi parte di una comunità che comprende e che ha vissuto le stesse esperienze), la possibilità di accettare la propria identità e sentirsi orgogliosi della stessa, avere uno spazio in cui parlare delle proprie esperienze. I partecipanti dichiaravano di averne avuto l'opportunità solo all'università, ma avrebbero desiderato averla anche nel periodo della scuola, in quanto li avrebbe fatti sentire liberi di parlare delle loro esperienze e di sentirsi maggiormente compresi (Crompton et al., 2022).

Nel suo studio Wolpe sottolinea la discrepanza tra la narrazione dell'autismo dal punto di vista delle prospettive accademiche (ovvero redatte da ricercatori ed esperti) e quella delle persone autistiche in prima persona (Wolpe et al., 2025). Ciò provoca un'ingiustizia epistemica, ovvero una forma di svantaggio nella produzione e nel riconoscimento del sapere, legata all'appartenenza a un gruppo sociale, che si manifesta quando la testimonianza di un individuo riceve minore credibilità in ragione di pregiudizi relativi al gruppo di appartenenza (Fricker, 2007). Ciò sottolinea l'importanza di prendere in considerazione la voce degli adulti autistici, soprattutto in lavori che cercano di comprendere le forme di socializzazione proprie delle persone autistiche (Wolpe et al., 2025).

Si può inoltre osservare come trovare una comunità autistica può rappresentare un fattore determinante per accettare la propria identità. Si può osservare come i gruppi vengono infatti descritti come luoghi sicuri in cui possa essere possibile fare unmasking, che per molti consiste nel passare molto più tempo a parlare dei propri interessi, ciò può aiutare a trovare persone con hobby in comune. Vi è inoltre la possibilità di potersi esprimere liberamente senza le restrizioni della struttura sociale neurotipica (Nachman et al., 2025).

L'ambivalenza è inoltre un altro elemento molto presente negli studenti universitari autistici, soprattutto per quanto riguarda la percezione di come il loro autismo aderisca alla loro identità, ed è fortemente influenzata dalle difficoltà e dai punti relativi alla diagnosi, oltre a delle possibili comorbidità, ciò significa che è specifica del singolo (Frost et al., 2019).

In uno studio di Frost la maggior parte dei partecipanti sostenevano inoltre di non sentire di fare parte di una comunità autistica (soltanto 2 partecipanti su 15 dichiaravano di farne parte) e non sembravano interessati nel farne parte, perché sentivano non di appartenervi, per lo stigma relativo a queste comunità, per la paura che entrarvi potesse condurre ad una maggiore stigmatizzazione o perché la diagnosi tardiva rendeva complesso sentire di fare parte di queste comunità. Nonostante ciò sostenevano di avere delle relazioni con altre persone nello spettro. Anche la rivelazione della diagnosi era un evento che avveniva molto raramente e solamente con amici stretti, partner, al personale universitario o ai professori per ottenere gli adattamenti ritenuti necessari. Tendenzialmente la scelta dei partecipanti di rivelare o meno la propria diagnosi era legata al desiderio di evitare di dare vita a giudizi o fraintendimenti. La scelta oculata delle persone a cui rivelare la diagnosi ha condotto i partecipanti ad avere un'esperienza positiva relativa all'evento (Frost et al., 2019).

Come già evidenziato nel paragrafo precedente, la costruzione dell'identità autistica è influenzata anche dal momento della diagnosi e dal modo in cui questa viene integrata nella rappresentazione di sé; tale processo può assumere caratteristiche differenti nelle diverse fasi dello sviluppo. Un ulteriore studio del 2017 condotto da Cox ha analizzato l'esperienza di dieci studenti nell'educazione superiore, osservando come gli stessi avessero un approccio pragmatico al rivelare la propria diagnosi (lo facevano solo se necessario).

È stata inoltre osservata una forte discrepanza tra gli sforzi degli studenti dell'educazione superiore autistici per apparire "neurotipici" all'esterno e i loro tentativi di integrare l'autismo come una parte della loro identità, di conseguenza, come avviene nelle persone che appartengono ad altre minoranze, possono decidere di nascondere questo elemento al mondo esterno per presentarsi come "membri della maggioranza". Questo fenomeno può essere ricondotto alla Social Identity Theory, che evidenzia come la percezione di sé sia strettamente connessa all'appartenenza ai gruppi sociali e al modo in cui tali appartenenze vengono percepite dagli altri. Sono presenti delle evidenze che illustrano come l'identità dell'individuo sia costruita e modificata dalla percezione degli altri (Cox et al., 2017).

In questo quadro, l'autorappresentanza, elemento fondante della crescente partecipazione delle persone autistiche nella definizione della propria identità e nella rappresentazione dei propri bisogni, trova una forma di espressione nella self-advocacy. I due elementi sono infatti fortemente correlati nella costruzione di un'immagine positiva della propria identità autistica, avendo effetti positivi sulla qualità della vita, sul benessere e sulla soddisfazione per la propria esistenza (Cooper et al., 2023).

I risultati relativi al percorso e all'accoglienza in quadro di istruzione terziaria, avvenuti in ambienti anglofoni, non sono però sovrapponibili al contesto italiano.

Capitolo 3

Per comprendere la specificità dell'ansia sociale nei giovani adulti autistici non è sufficiente considerare il quadro diagnostico del disturbo da un punto di vista strettamente manualistico, ma è necessario indagare le differenze presenti tra la sintomatologia nelle persone neurotipiche e nelle persone autistiche.

È necessario considerare come il disturbo d'ansia sociale dei giovani adulti autistici non si sviluppi e non si manifesti necessariamente secondo le stesse modalità osservate nella popolazione neurotipica, ma possa essere influenzato dalle specificità dell'esperienza autistica e dal contesto sociale nel quale la persona si trova inserita.

Coerentemente con questa impostazione teorica, il capitolo analizza prima di tutto l'ansia sociale nell'autismo da un punto di vista più clinico, soffermandosi sulle differenze e i problemi di misurazione, e in seguito ne osserva le specificità in una prospettiva sociale e relazionale.

L'ultima parte sarà invece dedicata ad analizzare l'influenza dell'ansia sociale in una prospettiva identitaria.

Il capitolo si concentrerà sui giovani adulti autistici, sebbene per l'analisi sui problemi di misurazione sia stata analizzata una fascia d'età più vasta.

3.1 disturbo d'ansia sociale nell'autismo adulto: problemi di misurazione

Per costruire un'immagine chiara ed esaustiva di come si delinea la sintomatologia dell'ansia sociale nelle persone autistiche è necessario innanzitutto definire l'ansia sociale come costruito in sé e per sé.

Il disturbo d'ansia sociale (SAD) è un disturbo d'ansia caratterizzato da paura o ansia per le situazioni sociali che portano l'individuo ad evitarle o a viverle con sentimenti di paura o di angoscia eccessivi per la sfida da affrontare o per il contesto socioculturale.

Comprende anche l'ansia di essere osservati e di mettere in campo una performance davanti ad altre persone, avere paura di attuare un comportamento o mostrare sintomi di ansia (arrossire, sudorazione, tremori, balbettare o fissare) che possono essere valutati negativamente. Specificatamente le persone hanno paura di essere valutate come, sciocche, deboli, ansiose o intimidatorie.

L'ansia e la paura causano sofferenza clinica e minano sensibilmente il funzionamento sociale, familiare e lavorativo o altre aree di funzionamento importanti.

Le persone con disturbo d'ansia sociale possono apparire esageratamente assertive o sottomesse, mostrare una posizione rigida o un contatto oculare inadeguato e parlare a voce bassa" (American Psychiatric Association, 2022).

Sebbene la comorbidità sia clinicamente (o empiricamente) dimostrata, non vi è una percentuale certa della diffusione del SAD nelle persone autistiche. Lo studio di Maddox e White (2015) su un campione di 28 individui autistici, il 50% presentava un quadro di disturbo d'ansia sociale. Di questi il 21% con un livello lieve, il 29% ad un livello moderato e il 21% presentava un livello grave. Nella divisione di genere nove partecipanti donne su 13 rientravano nei criteri del SAD, elemento osservabile solo in 5 uomini su quindici del campione con autismo (Maddox & White, 2015).

La maggiore presenza di disturbi d'ansia (soprattutto d'ansia sociale) nelle persone autistiche in rapporto alle persone neurotipiche ha evidenziato la necessità di potere identificare e misurare efficacemente questi disturbi nelle persone autistiche.

Nonostante le grandi differenze (e anche la principale incertezza) riguardanti la sintomatologia e le caratteristiche proprie dell'ansia sociale nelle persone autistiche, vengono spesso utilizzati strumenti preesistenti modificati o adattati così da renderli adatti alla nuova popolazione. Vi sono però diversi elementi da prendere in analisi che sottolineano l'importanza di costruire o di adattare adeguatamente gli strumenti per renderli utilizzabili per le persone autistiche. Innanzitutto, le persone autistiche vivono le proprie emozioni in maniera differente e mostrano una maggiore presenza di alessitimia.

È stato dimostrato inoltre come le persone autistiche vivano esperienze di ansia e di depressione in modo differente in rapporto alle persone neurotipiche con una sintomatologia legata al

proprio disturbo. Vi sono evidenze che suggeriscono una forte sovrapponibilità tra i sintomi dell'autismo e quelli dei disturbi d'ansia e dell'umore. È oltretutto presente un'interpretazione letterale del contenuto letto, che potrebbe alterare il reale risultato. Infine è da considerare la vasta gamma di disabilità presenti nelle persone nello spettro dell'autismo, ragione per la quale spesso è necessario mettere in campo degli adattamenti, come far compilare i questionari self-report da un genitore o un tutore che devono rispondere alle domande inferendo quali potrebbero essere le risposte della persona autistica, chiedendo qual è la loro percezione della persona autistica (quindi un *informant-report* vero e proprio) oppure l'utilizzo di strumenti per bambini, con un linguaggio più semplice e di conseguenza maggiormente comprensibile. Questo adeguamento risulta funzionale in individui con deficit cognitivo, in quanto in questa popolazione specifica la sintomatologia della depressione o dei disturbi d'ansia risulta sovrapponibile a quella dei bambini.

Non è inoltre del tutto chiaro quali siano gli adattamenti effettivamente attuati e in quale misura; risulta inoltre problematico il tentativo di costruire strumenti attraverso una mera osservazione o una descrizione da parte di terzi, senza coinvolgere le persone autistiche. La *systematic review* di Wilkinson (2026) ha analizzato trentadue studi relativi all'adattamento degli strumenti per le persone autistiche, osservando come nella maggior parte vi fossero adattamenti sia linguistici che contestuali, con diverse misure modificate per ogni scala. La modifica più frequente era utilizzare la scala con una popolazione diversa da quella per cui era stata concepita (quindi scale per bambini/adolescenti somministrate ad adulti) e modificare la persona a cui è rivolta (far compilare agli informatori strumenti self-report).

Lo studio illustra come di trentadue articoli relativi alle modifiche su diversi tipi di scale e questionari, solamente in sedici venivano illustrati dati relativi alla validità psicometrica. Inoltre solamente in un articolo venivano elencati in modo esaustivo gli adattamenti messi in atto ed era presente il contributo di persone autistiche per le modifiche (Wilkinson et al., 2026).

L'unico lavoro di ricerca analizzato che comprendeva il contributo di persone autistiche è stato quello di Chew et al., (2021) che ha preso in analisi il *social anxiety questionnaire (SAQ)*, un questionario self-report per la valutazione di stress, nervosismo in vari contesti sociali, e il Padua Inventory (PI), ovvero un questionario per la valutazione di comportamenti ossessivo-compulsivi. Per l'individuazione e la modifica degli item volta all'adattamento della scala si è fatto affidamento su due consulenti autistici e su due psichiatri specializzati nell'autismo negli adulti. I partecipanti con alti e bassi tratti di autismo erano studenti universitari di Singapore (età compresa tra i 18 e i 30 anni), mentre la maggior parte dei 52 partecipanti autistici avevano un'età compresa tra i 21 e i 40 anni.

Nello studio si è osservato che la scala SAQ originale era sufficientemente chiara e specifica per una valutazione dell'ansia sociale nelle persone autistiche e con tratti di autismo elevati. Queste evidenze potrebbero essere correlate al contenuto del questionario che si concentra su vissuti di ansia in particolari situazioni sociali e non sui sintomi generali o sull'evitamento sociale, elementi maggiormente sovrapponibili con i vissuti di autismo (Chew et al., 2021).

3.2 Specificità fenomenologica dell'ansia sociale nell'autismo

Secondo il modello di Clark e Wells (1995), le persone con ansia sociale tendono a mantenere una visione stabile e negativa di sé stesse e delle proprie interazioni sociali. Questa percezione può essere associata alla convinzione che le situazioni sociali siano pericolose o minacciose.

Di conseguenza, si attivano diversi processi cognitivi, emotivi e comportamentali che contribuiscono al mantenimento dell'ansia sociale.

Uno degli aspetti centrali del modello è il costante spostamento dell'attenzione verso sé stessi. La persona concentra le proprie risorse attentive sul monitoraggio del proprio comportamento e delle proprie sensazioni, nel tentativo di controllare l'impressione che suscita negli altri.

Questo processo riduce l'attenzione rivolta all'interlocutore e al contesto sociale, impedendo di cogliere segnali positivi o neutri provenienti dall'ambiente e portando l'individuo a percepire solamente i segnali negativi.

Inoltre, secondo il modello, per evitare o ridurre il disagio sociale le persone adottano spesso comportamenti protettivi (*safety behaviours*). Sebbene tali strategie possano diminuire temporaneamente l'ansia, contribuiscono al suo mantenimento nel lungo periodo. Infatti, impediscono alla persona di verificare se le conseguenze negative temute si verifichino realmente e possono ridurre la qualità delle interazioni e delle relazioni sociali.

Infine sono presenti due processi: la preoccupazione anticipatoria, ovvero costruirsi una previsione dei possibili eventi, che però conduce all'aumento dell'ansia, e l'elaborazione post-evento, ovvero un processo di ruminazione in cui la persona ripensa costantemente all'esperienza soffermandosi solamente sugli elementi negativi.

Le informazioni interne negative vengono utilizzate per costruirsi un'immagine mentale di come gli altri individui percepiscono la persona (Clark e Wells 1995 da Leigh & Clark, 2018). Gli individui autistici presentano una maggiore disposizione a sviluppare paura per le situazioni sociali e a sperimentare vissuti di ansia sociale in rapporto alle persone neurotipiche. Nonostante ciò le conoscenze sulle caratteristiche proprie dell'ansia sociale nell'autismo e delle

terapie adatte sono ancora limitate. Ricerche empiriche hanno dimostrato come le persone autistiche possano presentare sia una sintomatologia ansiosa sovrapponibile alla descrizione dei principali manuali diagnostici, come il DSM-5 e ICD-11, sia una sintomatologia autistico-specifica. In diversi studi è stato illustrato come i sintomi autistico-specifici del disturbo d'ansia sociale siano caratterizzati da stress legato alle relazioni sociali, con l'assenza del timore per i giudizi negativi altrui. criterio chiave per la diagnosi di disturbo d'ansia sociale nel DSM-5. Questa differenza ha condotto alla definizione di un disturbo d'ansia sociale "atipico" o "distinto" che potrebbe definito da caratteristiche proprie dell'autismo come sensibilità agli stimoli o incertezza nelle situazioni sociali.

Sono inoltre da considerare le difficoltà legate al mettere in pratica le proprie competenze sociali, elemento che non si riscontra nelle persone neurotipiche. Inoltre le persone autistiche sono più soggette a vivere interazioni sociali negative, inducendo reazioni negative da parte degli altri, stigma e vittimizzazioni (Wilson & Gullon-Scott, 2024).

Il modello neurotipico del disturbo d'ansia sociale comprende la presenza di una serie di comportamenti e processi cognitivi volti al mantenimento del disturbo, elemento che potrebbe non essere presente nelle persone autistiche, di conseguenza non ci sono evidenze che dimostrino come i modelli generali del SAD spieghino il disturbo nelle persone autistiche, soprattutto date le differenze sensoriali e nel processamento delle informazioni. Può essere inoltre presente un alto grado di sovrapponibilità degli elementi dell'ansia sociale e del disturbo dello spettro autistico; perciò, scindere i due quadri può risultare difficile (Brett et al., 2024).

Lo studio di Lei e colleghi (2025) ha analizzato un campione di 62 adulti autistici, la maggior parte di un'età compresa tra i venticinque e i quarantaquattro anni, attraverso delle interviste telefoniche in cui al partecipante veniva richiesto di creare un'immagine di sé stesso in una situazione sociale neutra e in una stressante. In seguito avrebbero dovuto valutare le due immagini in una scala da 0 a 10 secondo diverse caratteristiche. I risultati dello studio hanno dimostrato come, a differenza di quanto osservato nel modello di Clark e Wells, le persone autistiche non costruivano un'immagine mentale di sé con la funzione di immaginarsi una possibile percezione di sé da parte degli altri. Non è stata nemmeno osservata una correlazione tra paura delle valutazioni negative e immagine negativa di sé. Ciò potrebbe suggerire come l'ansia sociale nelle persone autistiche non possa essere spiegata dal modello precedentemente descritto, quanto più da fattori legati all'esperienza soggettiva e alla percezione di non essere capaci di affrontare la situazione.

Viene anche ipotizzato come le esperienze sociali negative come rifiuto, stigmatizzazione e incomprensione, possano influenzare le future esperienze di interazione sociale portando alla riattivazione delle sensazioni corporee delle esperienze spiacevoli pregresse (Lei et al., 2025). Comprendere le particolarità dell'ansia sociale nell'autismo è ulteriormente importante per strutturare una terapia adeguata a supportare gli individui con questa condizione (Wilson & Gullon-Scott, 2024).

Questa specificità fenomenologica pone tuttavia un problema anche sul piano diagnostico: l'assenza del timore di una valutazione negativa può infatti rendere meno efficace l'applicazione dei criteri diagnostici e degli strumenti di valutazione tradizionalmente utilizzati per il disturbo d'ansia sociale, rischiando di non rilevare forme di disagio sociale specifiche dell'autismo.

3.3 Relazioni amicali e solitudine nei giovani adulti autistici

3.3.1 amicizie e solitudine nei giovani adulti autistici

Diversi studi illustrano come i giovani adulti autistici percepiscano maggiormente vissuti di solitudine e il desiderio di avere rapporti amicali rispetto ai propri coetanei neurotipici.

L'amicizia risulta infatti essere un fattore protettivo molto importante per i giovani adulti autistici, soprattutto nel periodo di transizione dall'adolescenza all'età adulta, in quanto il rapporto con i pari, soprattutto se soddisfacente, può condurre a una riduzione della sensazione di solitudine e alla costruzione di una migliore immagine di sé.

È inoltre un fattore protettivo per lo sviluppo di vissuti d'ansia e di depressione, molto presenti nei giovani adulti autistici.

La solitudine al contrario ha un effetto negativo sul loro benessere.

È stato dimostrato come i giovani adulti autistici, seppur con lo stesso desiderio di stringere relazioni amicali dei propri coetanei neurotipici, abbiano meno rapporti e di qualità inferiore, elemento che conduce a una minore soddisfazione. Nonostante ciò, si è osservato come i giovani adulti autistici siano emotivamente più vicini ai propri migliori amici in rapporto ai coetanei neurotipici (Wolpe et al., 2025).

Viene anche osservato come le amicizie meglio riuscite risultino essere quelle dove la persona autistica viene accettata e non deve ricorrere al *masking* o dove vi è la paura di essere offesa. Nonostante il suo effetto protettivo, i giovani adulti autistici presentano comunque una

maggior difficoltà nella costruzione di rapporti di amicizia, con una maggior frequenza di insicurezza nel rapporto e monotropismo (Black et al., 2022).

Con questo termine coniato da Dinah Murray, Wendy Lawson e Mike Lesser (2005) viene definita una suddivisione delle risorse attentive, che normalmente sarebbero distribuite equamente in tanti interessi diversi poco attivanti, in pochi interessi molto specifici e dall'alta attivazione. La necessità di avere un'attenzione ampiamente diffusa nelle relazioni sociali, nell'uso del linguaggio e nello spostamento dell'attenzione da un elemento all'altro, elemento meno presente nelle persone autistiche, è associato alle loro maggiori difficoltà in questi specifici elementi (Murray et al., 2005).

3.3.2 asimmetrie comunicative e *double empathy problem*

Un ulteriore elemento di difficoltà per la costruzione di un'amicizia è la pressione per conformarsi a una struttura di comportamento neurotipica.

A ciò viene associata la *social disorientation*, ovvero la difficoltà di seguire le norme di comportamento dell'amicizia neurotipica, la difficoltà di mantenere un'amicizia quando la relazione con l'altro risulta essere maggiormente sfiancante, e infine il timore che lo sforzo per mantenere l'amicizia diventi insostenibile e che i loro amici si stanchino di loro.

Un altro ostacolo alla comunicazione è rappresentato dal *double empathy problem*, ovvero la difficoltà di comprensione reciproca che può emergere dall'interazione tra persone con differenti modalità di comunicazione e di percezione del mondo (Black et al., 2022).

Il modello del *double empathy problem* proposto da Milton evidenzia come, durante le interazioni sociali, ciascun interlocutore costruisca inferenze sugli stati mentali dell'altro sulla base dei comportamenti osservati, della comunicazione e del contesto. Le difficoltà comunicative, tuttavia, non derivano necessariamente da un deficit della persona autistica, ma possono emergere dall'incontro tra differenti stili comunicativi.

Le evidenze empiriche mostrano infatti che le persone autistiche tendono a comprendere meglio altre persone autistiche, mentre le persone neurotipiche possono incontrare maggiori difficoltà nell'interpretarne la comunicazione. Questa minore comprensione risulta associata a valutazioni sociali meno favorevoli, anche in assenza di una diagnosi esplicita.

Tali risultati supportano il modello del *double empathy problem*, secondo cui le difficoltà nella comunicazione sociale sono il risultato di una discrepanza reciproca tra stili comunicativi differenti. Sia le persone autistiche sia quelle neurotipiche possono infatti incontrare difficoltà

nel comprendere e interpretare i segnali dell'altro gruppo, con possibili ripercussioni negative sulla qualità delle relazioni sociali e sui giudizi reciproci (Milton, 2012).

Oltre a ciò gli adulti autistici risultano essere più frequentemente soggetti a vittimizzazione e a bullismo da parte dei pari (Black et al., 2022).

Inoltre, il passaggio all'età adulta comporta il confronto con aspettative sociali più rigide. Ciò richiede un maggiore adeguamento alle convenzioni condivise, aumentando il rischio di trasgressioni involontarie e la necessità di giustificare le proprie azioni. Questo processo può portare a una progressiva fuoriuscita dalla sfera di ciò che è considerato socialmente accettabile per gli adulti (Nachman et al., 2025).

Le persone autistiche presentano inoltre alti livelli di alessitimia, ovvero costrutto dimensionale subclinico associato a difficoltà nel riconoscimento e nella descrizione delle emozioni proprie e altrui.

Di conseguenza vi è la possibilità che le difficoltà di regolazione e riconoscimento delle emozioni associate alla comorbidità osservate nell'autismo possano essere associate all'alessitimia. Inoltre strategie di gestione emotiva mal adattative, come l'evitamento e la soppressione, sono state osservate sia nelle persone con tratti autistici sia in quelle con alessitimia, e possono influenzare negativamente le relazioni sociali, portando ad un ridotto supporto sociale e una maggiore probabilità di sviluppare comorbidità con disturbi d'ansia e dell'umore (Albantakis et al., 2020).

In uno studio su tre gruppi di partecipanti (123 persone autistiche con età media 33,46 anni. Un gruppo di 32 persone con difficoltà nelle interazioni sociali senza diagnosi e un'età media di 35.15 anni e un gruppo di 216 persone neurotipiche con età media di 26 anni) Albantakis e colleghi (2020) hanno osservato come tratti autistici e alessitimia nelle persone autistiche, in persone non autistiche ma con difficoltà sociali e in persone neurotipiche erano fortemente correlati con l'aumento dei sintomi di fobia sociale. Inoltre le persone autistiche tendevano ad utilizzare meno strategie di regolazione emotiva, elemento che può essere associato ad un deficit della teoria della mente che rende più complesso assumere la prospettiva altrui (Albantakis et al., 2020).

3.3.3 masking, disclosure e comunità autistica

I giovani adulti autistici riferiscono di essere frequentemente identificati dai coetanei neurotipici come autistici o, più genericamente, percepiti come "strani". Essi riportano inoltre esperienze di stigmatizzazione, in particolare durante l'età infantile.

Per quanto riguarda la costruzione di un legame di amicizia, le persone autistiche sostengono che è molto difficile stringere un solido legame con altri individui, in quanto ciò comporta un lungo processo di *unmasking* e di conseguenza il diventare più vulnerabili di fronte ad altre persone.

Sebbene questo processo sia utile per la costruzione di un rapporto più consolidato con le altre persone, può anche risultare in esperienze negative di rigetto o di sfaldamento dell'amicizia. Viene anche sottolineata la difficoltà di incontrare persone autistiche al di fuori dei contesti di *advocacy* (Nachman et al., 2025).

Trovare una comunità autistica può essere la chiave per accettare la propria identità. I gruppi vengono infatti descritti come luoghi sicuri in cui è possibile fare *unmasking*, che per molti consiste nel passare molto più tempo a parlare dei propri interessi, ciò può aiutare a trovare persone con interessi in comune. Vi è inoltre la possibilità di potersi esprimere liberamente senza le restrizioni della struttura sociale neurotipica.

Anche se i giovani adulti autistici condividono obiettivi simili ai propri coetanei neurotipici, vengono spesso stereotipizzati per la loro struttura di comunicazione alternativa e il diverso coinvolgimento nelle relazioni sociali. A ciò si aggiungono anche le difficoltà scolastiche associate alla gestione del tempo, il multitasking e la collaborazione nei lavori di gruppo che possono incidere negativamente sulla relazione sociale con i pari.

Importante anche considerare la profonda eterogeneità dei profili sintomatologici dell'autismo nella popolazione adulta, che rende complesso costruire un quadro dei bisogni universale e di conseguenza le persone neurotipiche potrebbero non riconoscere le situazioni di difficoltà.

L'assenza di un'evidente disabilità nel disturbo dello spettro autistico porta i giovani adulti ad avere la possibilità di scegliere quando e se rivelare la propria diagnosi. Al posto di rivelare la stessa però, molti autistici preferiscono incorrere in strategie di mascheramento o di camuffamento (Nachman et al., 2025).

Gli studenti autistici, esattamente come i loro pari, prediligono rapporti sociali rassicuranti e supportivi che permettano loro di ridurre i meccanismi di *masking*, di potersi confrontare e di discutere relativamente alle proprie esperienze e alla propria diagnosi, soprattutto se i coetanei danno importanza alla loro identità e ai loro bisogni.

Ciò è incentivato da un ambiente dove è possibile discutere apertamente della propria identità, sviluppando un migliore senso di sé e stringere amicizie significative.

Viene inoltre sottolineata l'importanza della sincerità e della trasparenza per spingere le persone a mettersi in gioco anche in situazioni dove le loro difficoltà sono più evidenti, soprattutto in presenza di stress, dove si riduce la propensione a prendere dei rischi calcolati. Questi elementi potrebbero contribuire a migliorare la connessione sociale o al contrario provocare reazioni di ritiro.

D'altra parte, la trasparenza e la riduzione dello stress in alcune circostanze può condurre l'aumento in altre situazioni.

Importante anche l'opportunità della costruzione di amicizie sulla base di scambio di interessi comuni.

Inoltre la "rivelazione" della propria diagnosi può essere un facilitatore per la costruzione di amicizie tra persone con lo spettro autistico.

Bisogna inoltre sottolineare l'utilizzo degli strumenti online e digitali per la costruzione di un rapporto di amicizia, in quanto spesso non richiedono di affrontare le sfide presenti in un rapporto in prima persona e in tempo reale (Nachman et al., 2025).

Lo studio di Walsh e colleghi ha analizzato le esperienze sociali di diciotto adulti emergenti autistici tra i diciotto e i trent'anni analizzando quattro temi risultati maggiormente salienti per i partecipanti. In primo luogo, veniva analizzata la divisione sociale tra persone autistiche e neurotipiche, con particolare enfasi sulle difficoltà e sulle incomprensioni comunicative derivanti dalle differenti modalità di interpretare i messaggi e le regole sociali, che possono rendere le interazioni più complesse e favorire il ricorso alla comunicazione online.

In aggiunta a ciò descrivono degli effetti negativi come dubbi su sé stessi, ansia e pressione per il conformarsi. Viene inoltre evidenziata la presenza di un doppio standard nelle aspettative sociali. Ciononostante i partecipanti hanno espresso il desiderio di accettare la propria identità e di combattere per i propri bisogni. L'amicizia risulta inoltre un altro argomento preponderante. Per quanto concerne l'adattarsi alle interazioni sociali con i propri coetanei neurotipici i partecipanti hanno dichiarato di affidarsi a routine specifiche o rituali prima di affrontarle o meccanismi di *masking* e di imitazione.

Infine vengono descritte le esperienze sociali negative legate alla difficoltà della comprensione del linguaggio verbale o non verbale o come sostiene un partecipante "comprendere gli indizi sociali o le emozioni" o "la paura di dire la cosa sbagliata nel momento sbagliato", oltre ad evidenziare il peso emotivo e il peso nell'affrontare le situazioni sociali (Walsh et al., 2025).

3.4 identità autistica e ansia sociale: le evidenze disponibili e i loro limiti

L'identità nelle persone autistiche può essere vista come un elemento che può essere centrale per il loro senso del sé o un elemento da cui distaccarsi. In questo senso l'autismo come identità è stato osservato essere un elemento molto importante per aumentare l'auto-rappresentanza nelle comunità autistiche e un grande rinforzo per la conoscenza di quegli elementi che possono essere considerati come punti di forza nel disturbo. La *social identity theory* di Tajfel e Turner sottolinea come fare parte di un gruppo può aumentare il senso di autostima e di benessere legato al senso di appartenenza, ma d'altra parte essere membri di un gruppo stigmatizzato può al contrario avere effetti negativi sul benessere. Come precedentemente illustrato, le persone autistiche possono provare alti livelli di discriminazione e di *autism minority stress*, oltre ad avere un maggior rischio di sviluppare problemi di salute mentale in rapporto alle persone neurotipiche. Inoltre la solitudine è stata individuata come un mediatore tra il contatto sociale e necessità di salute mentale nei giovani adulti autistici. È stata anche individuata un'alta correlazione tra una percezione negativa di sé e lo stress associato all'ansia sociale nelle persone autistiche. Inoltre la vittimizzazione da parte dei pari può aumentare il rischio di aumentare la costruzione di immagini negative del sé. Le strategie di controllo identitario possono essere utilizzate per mitigare gli effetti negativi della vittimizzazione e della discriminazione associata al fatto di essere autistici. Vi sono inoltre delle evidenze secondo cui le persone autistiche percepiscono un aumento della connessione sociale quando parlano con un'altra persona con diagnosi, evidenze in contrapposizione con i dati che sostengono che i processi di riconoscimento sociale sono meno salienti con le persone autistiche. Una possibile spiegazione ai risultati contraddittori è la possibilità che, nonostante la loro minore importanza, meccanismi di categorizzazione siano comunque presenti.

Lo studio di Cooper et al., (2023), tramite un disegno correlazione trasversale su un campione di 121 individui autistici tra i 15 e i 25 anni, ha osservato come ad un'identità autistica positiva collettiva e a un senso di accettazione della propria diagnosi fossero associati una salute mentale migliore, nonostante il bullismo e la vittimizzazione rendessero questo processo molto più complesso. È stato anche ipotizzato che la costruzione di un'identità autistica positiva sia molto più complessa per gli adolescenti in rapporto agli adulti, visto che questi ultimi si trovano ad affrontare un rischio di minore di aggressioni quotidiane e stigmatizzazione. È stato ulteriormente osservato come il sostegno da parte della comunità autistica sia a sua volta correlato con un incremento della salute mentale, ma non vi è invece alcuna correlazione con

l'ansia sociale, elemento che invece è presente nelle persone neurotipiche. Questo porta a considerare che vi siano processi diversi coinvolti nell'ansia sociale nelle persone autistiche. I partecipanti che riferivano di avere tratti autistici più marcati sostenevano di percepire una maggiore solidarietà da parte della comunità, ma ciò non va ad alleviare la paura di giudizi negativi da parte delle persone neurotipiche. Interessante anche sottolineare come la percezione di appartenenza influenzava maggiormente il benessere degli individui in rapporto all'ansia sociale, elemento che evidenzia la difficile relazione tra autismo, benessere e ansia sociale (Cooper et al., 2023).

conclusione

In questa tesi si è analizzata la letteratura esistente relativa all'autismo nell'adulthood emergente, da una prospettiva transizionale e identitaria, e nella sua relazione con il vissuto dell'ansia sociale in questa specifica fascia d'età, affrontata sia da un punto di vista clinico, attraverso l'analisi delle differenze diagnostiche e dei problemi di misurazione, sia da una prospettiva più ampiamente sociale, legata all'amicizia e alla costruzione dell'identità.

È stato osservato come l'adulthood emergente, come periodo di sviluppo nelle persone autistiche, si presenti, come ipotizzato nell'introduzione, come una fase ricca di complessità aggiuntive rispetto al vissuto dei coetanei neurotipici. Alle sfide proprie di questo periodo di sviluppo si associano infatti le difficoltà legate all'autismo, che possono condurre a un minore successo formativo e occupazionale e a rischi maggiori per la salute mentale, di cui il masking e la vittimizzazione sono un esempio cardine. È stato però osservato un elemento fortemente positivo relativo al contesto dell'istruzione superiore, in quanto i giovani adulti autistici vi hanno trovato un ambiente tendenzialmente più aperto e solidale rispetto a quello sperimentato nella scuola secondaria.

Anche a livello dei contenuti raccolti nel capitolo dedicato all'ansia sociale, i vissuti di ansia sociale nelle persone autistiche non sono sempre aderenti alla sintomatologia delle persone neurotipiche e presentano un'eccezionalità propria, che rende la loro valutazione un fenomeno complesso e sfaccettato, oltre a essere pervasivo nella vita quotidiana di questa fascia d'età. È da segnalare come la paura dei giudizi negativi, che nel quadro diagnostico delle persone neurotipiche è un elemento cardine, nelle persone autistiche non sia un elemento sempre presente, mentre le esperienze negative pregresse sono state osservate essere un elemento molto importante. Questa differenza sostanziale rende complessa la valutazione e la misurazione del disturbo d'ansia sociale nelle persone autistiche: gli strumenti validati per questa popolazione restano pochi, e la letteratura analizzata mostra come, anche quando vengono adattati strumenti preesistenti, il coinvolgimento diretto delle persone autistiche in questo processo di adattamento resti raro.

L'analisi degli studi esistenti ha inoltre messo in luce come l'identità autistica e l'ansia sociale non siano sempre legate secondo le stesse dinamiche riscontrate nella popolazione neurotipica: il sostegno della comunità autistica risulta associato a una migliore salute mentale generale, ma non necessariamente a una riduzione dell'ansia sociale, segno che quest'ultima risponde a meccanismi in parte distinti da quelli dell'identità sociale. Dal punto di vista della comorbidità, la letteratura analizzata conferma comunque un'associazione consistente tra autismo e disturbi

d'ansia, inclusa l'ansia sociale, sebbene le stime esatte di prevalenza restino eterogenee tra gli studi. Viene infine sottolineato l'effetto positivo delle amicizie e del sostegno sociale da parte della propria comunità sul benessere e sulla salute mentale dei giovani adulti autistici.

Il limite principale di questa tesi è legato alla scarsa presenza di materiale di ricerca su cui basare il lavoro di analisi: la maggior parte delle ricerche esistenti sull'autismo si sofferma sulla fascia infantile e adolescenziale, oppure affronta l'età adulta come una fase unica che inizia al compimento dei diciotto anni. Questo elemento ha reso complesso trovare materiale che rispondesse al criterio della fascia d'età, sebbene per alcuni argomenti specifici (ad esempio la diagnosi tardiva o l'adattamento degli strumenti) il materiale facesse riferimento anche alla popolazione adulta in generale.

Questo problema si è ulteriormente riflesso nella ricerca di materiale relativo al disturbo d'ansia sociale, quasi del tutto assente sia per il criterio della fascia d'età sia per la popolazione autistica in sé.

Questi limiti mettono in luce la necessità di sviluppare maggiori ricerche specifiche sul periodo dell'adulthood emergente nei giovani autistici, trattandosi di una fascia d'età con sfide evolutive uniche, che la differenziano sia dall'adolescenza sia dall'età adulta in generale.

Bibliografia

- Abu-Ramadan, T. M., Tassone, A. U., Andrzejewski, T. M., Breitenfeldt, K. E., Batista, S. G., & McDonnell, C. G. (2025). Diagnostic Experiences and Barriers to Diagnosis Among Autistic Adults in the United States: Associations with Diagnostic Timing and Gender. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06986-7>
- Albantakis, L., Brandi, M.-L., Zillekens, I. C., Henco, L., Weindel, L., Thaler, H., Schliephake, L., Timmermans, B., & Schilbach, L. (2020). Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism*, 24(8). <https://doi.org/10.1177/1362361320936024>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Arnett, J. J. (1994). Are college students adults? Their conceptions of the transition to adulthood. *Journal of Adult Development*, 1(4), 213–224. <https://doi.org/10.1007/BF02277582>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Black, M. H., Kuzminski, R., Wang, J., Ang, J., Lee, C., Hafidzuddin, S., & McGarry, S. (2022). Experiences of Friendships for Individuals on the Autism Spectrum: A Scoping Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1007/s40489-022-00332-8>
- Blume, H. (1998, September 30). On the neurological underpinnings of geekdom. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1998/09/neurodiversity/305909/>
- Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population. *Society and Mental Health*, 10(1), 20–34. <https://doi.org/10.1177/2156869318804297>

- Brede, J., Loomes, R., & Mandy, W. (2026). Sex/Gender Differences in Co-occurring Neurodevelopmental and Mental Health Conditions of Autistic Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*.
<https://doi.org/10.1007/s40489-026-00562-0>
- Brett, S. G., Jacqueline, Black, M. H., Lawson, L. P., Trollor, J., & Arnold, S. R. (2024). Suitability of the DSM-5 social anxiety disorder severity scale for autistic adults. *Autism*.
<https://doi.org/10.1177/13623613241290547>
- Capp, S., De Burca, A., Aydin, Ü., Agnew-Blais, J., Lautarescu, A., Ronald, A., Happé, F., & McLoughlin, G. (2025). Depression and anxiety are increased in autism and ADHD: Evidence from a young adult community-based sample. *JCPP Advances*.
<https://doi.org/10.1002/jcv2.70003>
- Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk Markers for Suicidality in Autistic Adults. *Molecular Autism*, 9(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4>
- Chew, X. Y., Leong, D., Khor, K. M., Tan, G. M. Y., Wei, K.-C., & Magiati, I. (2021). Clarifying Self-Report Measures of Social Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder to Improve Reporting for Autistic Adults. *Autism in Adulthood*, 3(2), 129–146.
<https://doi.org/10.1089/aut.2019.0064>
- Cooper, K., Smith, L. G. E., & Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 844–854.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.2297>
- Cooper, K., Russell, A. J., Lei, J., & Smith, L. G. (2023). The Impact of a Positive Autism Identity and Autistic Community Solidarity on Social Anxiety and Mental Health in Autistic Young People. *Autism*, 27(3), 848–857. <https://doi.org/10.1177/13623613221118351>
- Corden, K., Brewer, R., & Cage, E. (2021). Personal Identity After an Autism Diagnosis: Relationships With Self-Esteem, Mental Wellbeing, and Diagnostic Timing. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699335>
- Cox, B. E., Thompson, K., Anderson, A., Mintz, A., Locks, T., Morgan, L., Edelstein, J., & Wolz, A. (2017). College Experiences for Students With Autism Spectrum Disorder: Personal Identity, Public Disclosure, and Institutional Support. *Journal of College Student Development*, 58(1), 71–87. <https://doi.org/10.1353/csd.2017.0004>
- Crompton, C. J., Hallett, S., Axbey, H., McAuliffe, C., & Cebula, K. (2022). 'Someone like-minded in a big place': Autistic young adults' attitudes towards autistic peer support in mainstream education. *Autism*, 27(1). <https://doi.org/10.1177/13623613221081189>

- Durben, D. L. (2026). Unmasking: A Mixed-Methods Study of Autistic College Students' Efforts to Stop Masking/Camouflaging. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-026-07409-x>
- French, B., & Cassidy, S. (2024). "Going Through Life on Hard Mode"—The Experience of Late Diagnosis of Autism and/or ADHD: A Qualitative Study. *Autism in Adulthood*. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0085>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. New York, N.Y. Oxford University Press.
- Frost, K. M., Bailey, K. M., & Ingersoll, B. R. (2019). "I Just Want Them to See Me As...Me": Identity, Community, and Disclosure Practices Among College Students on the Autism Spectrum. *Autism in Adulthood*, 1(4), 268–275. <https://doi.org/10.1089/aut.2018.0057>
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). "Putting on My Best Normal": Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
- Ingersoll, B., & Wainer, A. (2014). The Broader Autism Phenotype. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Fourth Edition*, 1. <https://doi.org/10.1002/9781118911389.hautc02>
- Leadbitter, K., Buckle, K. L., Ellis, C., & Dekker, M. (2021). Autistic Self-Advocacy and the Neurodiversity Movement: Implications for Autism Early Intervention Research and Practice. *Frontiers in Psychology*, 12(12), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635690>
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 388–414. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0258-5>
- Lei, J., Attwood, J., & Russell, A. (2025). Exploring the suitability of the Clark and Wells (1995) model of social anxiety in autistic adults: The role of mental imagery and fear of negative evaluation. *Autism*, 30(1), 228–244. <https://doi.org/10.1177/13623613251379945>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Maddox, B. B., & White, S. W. (2015). Comorbid Social Anxiety Disorder in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3949–3960. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2531-5>

- Milner, V., Colvert, E., Hull, L., Cook, J., Ali, D., Mandy, W., & Happé, F. (2023). Does camouflaging predict age at autism diagnosis? A comparison of autistic men and women. *Autism Research*, 17(3), 626–636. <https://doi.org/10.1002/aur.3059>
- Milton, D. (2012). On the ontological status of autism: the 'double empathy problem.' *Disability & Society*, 27(6), 883–887. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
- Murray, D., Lesser, M., & Lawson, W. (2005). Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism*, 9(2), 139–156. <https://doi.org/10.1177/1362361305051398>
- Nachman, B. R., Isaacson, K. B., Cox, B. E., & McDermott, C. T. (2025). "I Always Ended Up Getting Close to Other People Who are Autistic": Autistic College Students' Friendship Development. *The Journal of Higher Education*, 97(4), 734–759. <https://doi.org/10.1080/00221546.2025.2497184>
- Pelle, M., Fiori Nastro, F., Maimone, C., Malara, S., Di Lazzaro, V., Di Lorenzo, G., & Ribolsi, M. (2025). Autism in Adulthood: Psychiatric Comorbidity in High-Functioning Autistic Adults in an Outpatient Clinical Population. *NeuroSci*, 6(4), 117. <https://doi.org/10.3390/neurosci6040117>
- Perry, E., Mandy, W., Hull, L., et al. (2022). Understanding Camouflaging as a Response to Autism-Related Stigma: A Social Identity Theory Approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 800–810. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04987-w>
- Radey, M., Anderson, K. A., LaPoint, S. C., Dolce, E., & Killian, M. O. (2025). Young Adulthood Milestones and Supports Within the Context of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-07091-5>
- Russell, A. S., McFayden, T. C., McAllister, M., Liles, K., Bittner, S., Strang, J. F., & Harrop, C. (2024). Who, when, where, and why: A systematic review of "late diagnosis" in autism. *Autism Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1002/aur.3278>
- Russell, G. (2019). Critiques of the Neurodiversity Movement. In S. K. Kapp (Ed.), *Autistic Community and the Neurodiversity Movement: Stories from the Frontline* (pp. 287–303). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8437-0_21
- Sasson, N. J., & Morrison, K. E. (2019). First impressions of adults with autism improve with diagnostic disclosure and increased autism knowledge of peers. *Autism*, 23(1), 50–59. <https://doi.org/10.1177/1362361317729526>
- Schlossberg, N. K. (1981). A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2–18. <https://doi.org/10.1177/001100008100900202>

- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 33–47). Brooks/Cole.
- Tien, I., Seibold, J., Pearson, A., & Seers, K. (2025). A qualitative exploration into diagnostic barriers of gender-diverse autistic individuals. *Feminism & Psychology*, 35(4), 555–575.
<https://doi.org/10.1177/09593535251345159>
- Walsh, Ó., Linehan, C., & Ryan, C. (2025). Social Skills Through an Autistic Lens: A Qualitative Analysis of Young Adults' Insights and Experiences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06869-x>
- Wilkinson, E., Brewe, A. M., Hastings, R. P., Jahoda, A., White, S. W., & Bal, V. H. (2026). Adapting Measures of Anxiety and Mood Disorders for Use with Autistic Adults: A Systematic Review. *Current Developmental Disorders Reports*, 13(1), 4–4.
<https://doi.org/10.1007/s40474-026-00348-3>
- Wilson, A. C., & Gullon-Scott, F. (2024). 'It's not always textbook social anxiety': A survey-based study investigating the nature of social anxiety and experiences of therapy in autistic people. *Autism*, 28(11). <https://doi.org/10.1177/13623613241251513>
- Wolpe, S. M., Lee, M. N., Koenig, J., Tien, I., & McLean, K. (2025). Acceptance, Social Preparation, and Psychoeducation: Autistic Young Adults' Recommendations for Transition to Adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
<https://doi.org/10.1007/s10803-025-07041-1>