

Il caso di Francesco: il bambino che voleva volare

Ilaria Nicoli¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Riassunto

Il caso di Francesco rappresenta un esempio di come la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) possa essere applicata efficacemente anche nel contesto della neurodivergenza e della disabilità. Francesco è un bambino di 8 anni con Disturbo dello Spettro Autistico di grado moderato. Il lavoro clinico con pazienti con bisogni complessi richiede una attenta preparazione dell'ambiente terapeutico: nel caso di Francesco, è stato fondamentale predisporre la stanza in modo da minimizzare distrazioni e disarmonie sensoriali, oltre a utilizzare strumenti visivi come timer per facilitare la comprensione delle attività e della loro durata. La restituzione della diagnosi e la psicoeducazione, rivolte sia al bambino sia alla famiglia, hanno costituito un momento cruciale per stabilire un terreno comune e condiviso su cui sviluppare il percorso terapeutico. La psicoterapia si è focalizzata sull'incremento delle competenze sociali ed emotive, attraverso training di gruppo e sessioni individuali, integrando parallelamente il lavoro con i genitori per strutturare un ambiente domestico chiaro e prevedibile. La collaborazione con la scuola e il sostegno in rete tra famiglia e servizi ha ulteriormente favorito la generalizzazione delle competenze acquisite. Il caso di Francesco mostra come la CBT, adattata alle esigenze del bambino, possa promuovere competenze sociali, autonomia e benessere psicologico in un contesto integrato.

Parole Chiave: Disturbo dello spettro autistico; Psicoterapia cognitivo-comportamentale; Competenze sociali; Collaborazione scuola-famiglia

Francesco: The Boy Who Wanted to Fly

Summary

The case of Francesco is an example of how cognitive behavioral therapy (CBT) can be effectively applied in the context of neurodiversity and disability. Francesco is an 8-year-old boy with moderate autism spectrum disorder. Clinical work with patients with complex needs requires

Ilaria Nicoli, Il caso di Francesco: il bambino che voleva volare, N. 35, 2025, pp. 79-92.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

www.psicoterapeutiinformazione.it

careful preparation of the therapeutic environment: in Francesco's case, it was essential to arrange the room in such a way as to minimize distractions and sensory disharmony, as well as to use visual aids such as timers to facilitate understanding of the activities and their duration. The diagnosis and psychoeducation, aimed at both the child and the family, were crucial in establishing common ground on which to develop the therapeutic path. Psychotherapy focused on increasing social and emotional skills through group training and individual sessions, while also working with parents to structure a clear and predictable home environment. Collaboration with the school and network support between the family and services further facilitated the generalization of the skills acquired. Francesco's case shows how CBT, adapted to the child's needs, can promote social skills, autonomy, and well-being in an integrated context.

Key words: autism spectrum disorder; Cognitive Behavioral Therapy; Social Skills Training; Family-School Collaboration

F. è un bambino di 8 anni che vive in una città del centro Italia con i genitori e due fratelli minori. I genitori, entrambi avvocati, hanno richiesto una valutazione a settembre 2022 su indicazione del neuropsichiatra infantile per un sospetto disturbo dello spettro autistico. Lo sviluppo psicomotorio è riferito nella norma, dai 18 mesi i genitori segnalano difficoltà nel contatto oculare e nella risposta al nome. Attualmente frequenta la terza classe di scuola primaria senza supporto di insegnante di sostegno.

Descrizione dei problemi

F. presenta difficoltà a combinare diverse modalità comunicative, come il gesto, il linguaggio verbale e lo sguardo. Il contatto oculare è scarsamente modulato per iniziare, regolare e terminare l'interazione e la conversazione sociale reciproca risulta limitata. Mostra interesse per il gioco di finzione, sebbene in modo ristretto. A livello ideativo è capace di costruire storie con personaggi. Il linguaggio è adeguato all'età ma caratterizzato da intonazione peculiare e volume insolito. I suoi interessi sono ristretti, focalizzati in particolare sui cartoni animati (*Il Re Leone*), e presenta movimenti ripetitivi delle mani (flapping). Non verbalizza emozioni proprie o altrui e manifesta difficoltà nella tolleranza alla frustrazione, specialmente di fronte a divieti o interruzioni di attività preferite.

I risultati della valutazione strutturata riportano il seguente quadro:

- WISC-IV: QI totale di 85 (area medio bassa), con difficoltà nel ragionamento sociale e nel perspective taking (es. "cosa faresti se ti trovassi...") e punto di forza nel ragionamento visuo-percettivo.

- ADOS-2 (Modulo 3): Punteggio totale di 14, classificato come Spettro Autistico.
- ADI-R: Anomalie qualitative nell'interazione sociale, nella reciprocità socio-emotiva e nella comunicazione, con comportamenti ristretti e stereotipati presenti prima dei 36 mesi.
- ABAS: Punteggio al limite inferiore della norma nel dominio sociale e significativamente inferiori alla media nell'area delle autonomie pratiche.
- SCQ: Punteggio di 11 (cut-off per lo spettro autistico = 15).
- SRS: Punteggio di 56 (profilo in norma).
- CCC-2: Punteggio globale di comunicazione di 52 (punteggio clinico).
- Osservazioni dei genitori:
 - o Anomalie nell'interazione sociale e comunicazione presenti anche a casa e a scuola,
 - o Difficoltà nell'approccio spontaneo con i pari tra cui posizionarsi di spalle durante le conversazioni,
 - o Manifestazione di “comportamenti di dipendenza” da tablet e televisione.

F. presenta un quadro riconducibile al Disturbo dello spettro autistico di livello moderato (DSM 5), caratterizzato da difficoltà nell'integrazione delle modalità comunicative, anomalie qualitative nell'interazione sociale e nella reciprocità socio-emotiva, oltre alla presenza di interessi ristretti e comportamenti ripetitivi.

Profilo interno

Il quadro sintomatologico può essere spiegato dall'interazione tra fattori neurobiologici e meccanismi di apprendimento che regolano il comportamento.

La mia ipotesi è che ci sia una associazione tra l'emozione provata e il movimento del corpo. In particolare, quando F. prova un'emozione ad intensità alta sembra aumentare in frequenza il flapping (Motttron,2023).

Durante i colloqui ho esplorato i pensieri di F. in relazione al suo interesse assorbente ed emerge come F. non acceda all'emozione provata mentre guarda il Re Leone né a seguito di domande di tipo generale né più specifiche e tende a seguire il filo dei suoi pensieri. È in questi momenti, tuttavia, che si interessa maggiormente agli stati mentali dell'altro. Di seguito alcuni pensieri legati alla visione del cartone animato “*lo voglio vedere*” “*io penso che Simba stia cantando con Timon*”

e Pumba e lo guardo, mi piace tanto quando la criniera diventa sempre più grande, poi dopo che cantano arriva la fidanzata di Simba che è una leonessa e ha la pelliccia più chiara. Le leonesse hanno il pelo più chiaro dei leoni e poi non hanno le criniere, lo sapevi?”

Approfondisco le difficoltà riportate dai genitori nella gestione dei “comportamenti di dipendenza” da tablet e tv, si effettua analisi funzionale del comportamento, chiedendo loro di raccontare un episodio recente.

Tabella 1

Antecedente	Comportamento	Conseguente
F. ha finito cena si alza dal tavolo. La mamma chiede a F. di aspettare che tutti abbiano finito.	F. si risiede ma inizia ad agitarsi, si muove sulla sedia, gioca con le posate, sbattendo le posate tra loro. La mamma si agita, il papà ignora F.	La mamma toglie le posate ad F. e gli chiede di calmarsi. F. continua ad essere agitato, inizia ad urlare e inizia a produrre stereotipie. La mamma permette a F. di alzarsi dal tavolo e di andare a guardare la televisione (Masha e Orso).

Tabella 2

Antecedente	Comportamento	Conseguente
F. sta guardando i cartoni. Il papà dice ad F. di andare in bagno per mettere il pigiama e lavare i denti perché è ora di andare a dormire.	F. rifiuta. Il papà insiste e spegne la televisione. F. piange, urla, inizia a sbattere il busto con forza contro il divano, produce stereotipie.	Il papà concorda con F. di guardare altri 10 minuti di cartoni (Masha e Orso) e imposta un timer. F. piange ma accetta di lavare i denti, mettere il pigiama ed andare a dormire

I comportamenti che i genitori definiscono come “dipendenza da TV e tablet” hanno una matrice più complessa che coinvolge sia fattori individuali sia ambientali. Questi comportamenti possono essere il risultato di una combinazione di difficoltà interne di F. e caratteristiche del contesto familiare. Nello specifico, fattori individuali:

- Bassa tolleranza alla frustrazione: F. fatica a gestire situazioni poco chiare in cui è richiesta l’attesa. Questo è emerso dall’osservazione clinica così come mostrano gli episodi in cui è necessario interrompere la TV o aspettare a tavola.

- Difficoltà nel riconoscere e gestire le emozioni: F. ha difficoltà a identificare e comunicare le sue emozioni in modo adattivo. Questo può portarlo a ricorrere a comportamenti immediatamente gratificanti, che offrono una fuga da un disagio emotivo che è in grado di sentire, ma non riconoscere e regolare.

I fattori individuali co-occorrono a caratteristiche ambientali, quali:

- Regole poco definite: gli episodi descritti evidenziano che le regole relative all'uso della TV e del tablet non sono sempre chiare o coerenti.
- Bassa prevedibilità delle routine: la transizione tra attività (es. passare dalla TV alla preparazione per la notte) non sempre segue una sequenza prevedibile e chiara per F., causando ansia e difficoltà di adattamento.
- Gestione delle emozioni dei caregiver: la reazione emotiva dei genitori di fronte ai comportamenti di F. (es. agitazione della mamma o negoziazione del papà) può rinforzare i comportamenti disadattivi. Ad esempio, permettere a F. di continuare a guardare la TV come soluzione per calmare una crisi potrebbe consolidare l'associazione tra il comportamento problematico e il risultato desiderato.
- Gratificazione intrinsecamente legata all'attività dello screen time, in quanto fornisce stimoli sensoriali e visivi piacevoli e coinvolgenti

Fattori di mantenimento

I sintomi di F. sono mantenuti da una combinazione di fattori neurobiologici ed ambientali.

Sintomatologia autistica

Credeze rispetto al disturbo dello spettro autistico

La madre di F. percepisce le stereotipie come segnali di disagio, reagendo con agitazione e tentando di interromperle. L'interazione stressante con la madre potrebbe abbassare la regolazione emotiva di F., spingendolo a intensificare le stereotipie per regolare l'arousal.

Profilo cognitivo

Il QI medio-basso e i deficit nell'integrazione cognitiva limitano la capacità di F. di gestire situazioni complesse o stressanti.

Comportamenti problema

Difficoltà sociocomunicative

Le difficoltà nell'esprimere bisogni ed emozioni possono aumentare o mantenere la ricerca di attività in cui non è richiesto interagire.

Stile genitoriale

Lo stile genitoriale sembra essere caratterizzato da bassi livelli di fermezza ed un sistema di regole deboli, ciò fa sì che F. non abbia chiara la conseguenza dei suoi comportamenti con maggiore fatica nella gestione della frustrazione. Inoltre, la mancanza di coerenza data dalle differenti risposte tra mamma e papà può concorrere al mantenimento dei momenti di disregolazione emotiva. La mancanza di regole chiare e la gestione incoerente tra i genitori potrebbero contribuire alla disregolazione emotiva e alla difficoltà nella gestione della frustrazione.

Rinforzo dei comportamenti problema

L'evitamento delle richieste (es. restare seduto) rinforza i comportamenti problematici, poiché F. ottiene attenzione e accesso a ciò che desidera. Anche il rinforzo intermittente, come concedere occasionalmente più tempo davanti alla TV, potrebbe favorire l'opposizione e mantenere la disregolazione.

Associazioni apprese

F. ha imparato che urla e pianti permettono l'accesso a situazioni desiderate.

Regolazione sensoriale

Dopo cena, F. può sperimentare sovraccarico sensoriale dovuto a stimoli eccessivi (luci, rumori, conversazioni). È possibile che cerchi di evitare l'ambiente stimolante preferendo attività strutturate e ripetitive, come guardare la TV.

Screen time e autoregolazione

F. potrebbe aver appreso che la televisione aiuta a scaricare lo stress in situazioni di sovraccarico sensoriale. La TV e il tablet, con la loro struttura prevedibile e ripetitiva, possono diventare una strategia auto-regolativa per F., aiutandolo a ridurre il disagio emotivo.

Trattamento

Il percorso terapeutico, della durata di 11 mesi (1 incontro settimanale di 60 minuti ed 1 incontro quindicinale con i genitori), si è articolato in tre fasi principali:

Costruzione della relazione terapeutica

- Preparazione dell'ambiente: durante i primi incontri è stato determinante prevedere un ambiente accogliente, prevedibile e visivamente chiaro, riducendo al minimo stimoli che potevano risultare sovra stimolanti. Prima degli incontri un obiettivo era proprio la sistemazione della stanza, cioè, rendere l'ambiente equilibrato e che facilitasse l'attenzione a stimoli di natura sociale (es. rimozione di quadri dalla parete e utilizzo del tappetone a tinta unita).
- Creazione di un ambiente strutturato e prevedibile con supporti visivi (visual timer, agenda visiva). Considerato il profilo cognitivo in cui il ragionamento visuo- percettivo rappresentava un punto di forza, ho utilizzato strumenti visivi per spiegare ad F. cosa sarebbe accaduto ad ogni incontro.
- Restituzione della diagnosi ai genitori e psicoeducazione sulle caratteristiche del disturbo e sulle strategie di supporto. Utile per la costruzione di una ipotesi condivisa del disturbo autistico di F. e per la valutazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi presenti nella famiglia per attivare e promuovere i comportamenti esistenti e modificare quelli carenti.
- Restituzione della diagnosi a F. per aiutarlo a comprendere il proprio funzionamento. Per spiegare la diagnosi ho utilizzato immagini raffiguranti scene sociali che F. ha vissuto (ad es. scene sociali in classe o in piscina), un linguaggio chiaro (ad es. "Hai mai notato che a volte è difficile parlare con i compagni di classe o giocare con loro? Questo succede perché il tuo cervello

funziona in un modo diverso”) ed una intonazione prosodica caratterizzata da un tono basso e calmo.

Definizione del progetto terapeutico definendo contratto e scopi del trattamento con i genitori e con F. e gli obiettivi terapeutici:

- **Riduzione della sintomatologia autistica** attraverso un training sulle abilità sociali, progettato per il trattamento della sintomatologia autistica di F e basato sulla letteratura disponibile su autismo e trattamenti di tipo naturalistico (Mottron, 2023). Il training sociale può favorire un maggiore senso di controllo, riducendo la reattività emotiva, migliorando la qualità delle relazioni ed affrontando le richieste dell’ambiente in modo più efficace. È avvenuto in setting individuale e di gruppo. Il gruppo era costituito da F ed altri 3 bambini con profilo di funzionamento simile (criteri di inclusione nel gruppo: età, QI nella media o limiti inferiori di media e difficoltà socio-pragmatiche). L’obiettivo è stato perseguito mediante psicoeducazione su abilità sociali e interazione sociale utilizzando l’interesse assorbente (Il re leone) come risorsa, attività e giochi volti a promuovere l’uso combinato di comunicazione verbale e non verbale, esercizi per la reciprocità sociale, attività per favorire l’espressione e il riconoscimento delle emozioni (es. termometro emotivo) ed attività di problem solving sociale e acquisizione di autonomie sociali e pratiche (es. role playing di situazioni sociali tipiche, i bambini collaboravano per apparecchiare insieme la tavola ad ogni incontro), attività a casa (preparare la merenda, fare una breve lista della spesa e acquistare i prodotti al supermercato, svolgere piccoli acquisti).
- **Aumento della competenza emotiva.** Nel caso di F. è stato fondamentale lavorare sulla correlazione tra tolleranza alla frustrazione, gestione delle emozioni e disturbo dello spettro autistico. F. non era in grado di gestire situazioni in cui un suo bisogno – di compiere un’azione nel gioco o di parlare - non venivano immediatamente soddisfatti. Questa difficoltà è una delle competenze fondamentali della regolazione emotiva. È stato, perciò, importante lavorare sul riconoscimento delle emozioni. L’obiettivo è stato perseguito mediante: psicoeducazione su emozioni e funzione delle emozioni utilizzando l’interesse assorbente come risorsa, labeling emotivo, giochi che prevedevano l’alternanza e l’attesa (es. bowling, uno), esercizi di rilassamento del corpo (relaxation routine).

- **Intervento ambientale** Con i genitori di F. abbiamo lavorato sull'analisi dei rinforzi e delle associazioni apprese così da poter introdurre comportamenti alternativi che promuovessero la prevedibilità ed un sistema di regole chiare. In particolare, abbiamo lavorato su:
 - o Strutturazione di routine prevedibili con supporti visivi,
 - o Riduzione graduale dello screen time, introducendo attività alternative e cartoni animati a basso impatto stimolativo (*Bluey, Trash Truck*),
 - o Coinvolgimento del fratello minore per incentivare interazioni spontanee e modelli comunicativi alternativi,
 - o Un incontro con gli insegnanti ha permesso di condividere il quadro diagnostico e introdurre strategie educative mirate, tra cui l'uso di supporti visivi e il potenziamento delle abilità sociali in classe. La scuola ha attivato un Piano Didattico Personalizzato (PDP), mentre al momento non si ritiene necessario l'inserimento di una/un insegnante di sostegno.

Valutazione di esito

Al termine dell'intervento è avvenuta la somministrazione dei questionari iniziali con l'obiettivo di monitorare l'andamento nel tempo. I questionari somministrati sono stati ABAS, SRS, SCQ. I risultati dei questionari evidenziano miglioramenti nell'area delle autonomie e delle abilità socio comunicative. I genitori riportano punteggi più alti nell'area delle autonomie sociali e pratiche (questionario ABAS) e punteggi più alti nell'area della comunicazione e della motivazione sociale (questionario SRS). Inoltre, i genitori riferiscono miglioramenti nella gestione delle routine serali e riportano come F, talvolta, utilizzi la routine di rilassamento imparata sia a scuola che a casa.

Conclusioni e ostacoli

Il percorso terapeutico ha consentito un miglioramento della regolazione emotiva e delle competenze di socializzazione di F., favorendo al contempo una maggiore chiarezza e prevedibilità dell'ambiente di vita.

Nella fase iniziale degli incontri con i genitori, tendevo a lasciare ampio spazio all'esplorazione dei vissuti emotivi e delle esperienze soggettive legate alla storia del disturbo di F. Con il proseguire del lavoro clinico, ho progressivamente rilevato come questa modalità rappresentasse per me una difficoltà e un ostacolo al percorso terapeutico, in quanto rischiava di allontanarmi dal contratto

terapeutico. In base a quest'ultimo, infatti, il mio ruolo era focalizzato principalmente sul lavoro diretto con F. in relazione alla sintomatologia autistica e alla regolazione emotiva, e sul lavoro con i genitori in relazione a F. e al profilo di funzionamento di F., con l'obiettivo di aiutarli a rendere l'ambiente più strutturato, prevedibile e funzionale alla generalizzazione delle abilità acquisite. Alla luce di tali considerazioni, ho ritenuto necessario riformulare il setting e ridefinire in modo più specifico gli obiettivi del lavoro con i genitori, proponendo loro la possibilità di intraprendere un percorso parallelo con una/un collega, finalizzato all'elaborazione e all'integrazione delle esperienze emotive connesse al disturbo di F. Il percorso con F. ha rappresentato per me un importante arricchimento personale e professionale. Al termine della terapia, F. mi ha ringraziato con un biglietto; lo ringrazio a mia volta per avermi insegnato che, talvolta, i movimenti ripetitivi delle braccia non sono altro che tentativi di volo.

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

ABAS II (Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition)

Valutazione iniziale

Indice Generale Composito: inferiore alla norma (pp: 66; PC: 86; 18° centile);

Dominio Adattivo Concettuale: limite inferiore della norma (pp: 24; PC: 90; 25° centile);

Dominio Adattivo Sociale: ai limiti inferiori della norma (pp: 11; PC: 78; 7° centile);

Dominio Adattivo Pratico: ai limiti inferiori della norma (pp: 21; PC: 77; 6° centile).

Valutazione finale

- Indice Generale Composito: sotto la media (pp: 72; PC: 89; 23° centile);
- Dominio Adattivo Concettuale: nella media (pp: 25; PC: 92; 30° centile);
- Dominio Adattivo Sociale: sotto la media (pp: 16; PC: 80; 9° centile);

ADOS 2 - Autism Diagnostic Observation Schedule – (Modulo 3)

- Area Affetto Sociale – AS (P=11)
- Area del Comportamento ristretto e ripetitivo (CRR) (P=3)
- Area di Altri Comportamenti Anormali (P=0):

Il punteggio totale risulta di 14 (Classificazione ADOS-2: Spettro Autistico) Punteggio di comparazione: 8/10.

ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)

I risultati dell'intervista evidenziano:

- Presenza di alcune anomalie qualitative nell'interazione sociale reciproca (P =13; cut off per autismo=10)
- Presenza di anomalie qualitative nella comunicazione (P =7; cut off per autismo=8)
- Presenza di alcuni comportamenti ristretti (P = 7; cut off per autismo=3).
- Le anomalie dello sviluppo evidenti, sopra indicate, sono comparse prima dei 36 mesi (P=2; cut off per autismo=1).

SCQ (Social Communication Questionnaire):

Il punteggio ottenuto risulta di 11 (cut off per lo spettro autistico=15).

- Dominio interazione sociale e reciproca (3/15)
- Dominio Comunicazione(5/13)
- Dominio modelli di comportamento Ristretti,Ripetitivi e Stereotipati(2/8)

SRS- (Social Responsiveness Scale)

Valutazione iniziale

Il punteggio T totale è di 56: Profilo nella norma. I punteggi T relativi alle singole scale sono:

- Consapevolezza sociale: 61
- Cognizione sociale: 58
- Comunicazione sociale: 61
- Motivazione sociale: 64
- Manierismi autistici: 83

Valutazione finale

Il punteggio T totale è di 54: Profilo nella norma. I punteggi T relativi alle singole scale sono:

- Consapevolezza sociale: 60
- Cognizione sociale: 58
- Comunicazione sociale: 70
- Motivazione sociale: 69
- Manierismi autistici: 77

CCC-2 (Children's Communicative Checklist Second Edition)

- A: pg. 2; pp. 7; percentile: 16°
- B: pg. 1; pp. 9; percentile: 45°
- C: pg. 6; pp. 6; percentile: 7°
- D: pg. 4; pp. 7; percentile: 19°

- E: pg. 10; pp. 6; percentile: 7°
- F: pg. 4; pp. 7; percentile: 26°
- G: pg. 7; pp. 6; percentile: 7°
- H: pg. 9; pp. 4; percentile: 7°
- I: pg. 2; pp. 8; percentile: 33°
- J: pg. 11; pp. 5; percentile: 3°

Questionario sul Comportamento del Bambino (CBCL 6-18)

Per quel che riguarda le scale sindromiche:

Ansia e depressione: punteggio T di 61 (nella norma)

Ritiro e depressione: punteggio T di 58 (nella norma)

Lamentele Somatiche: punteggio T di 52 (nella norma)

Problemi sociali: punteggio T di 70 (clinico)

Problemi di pensiero: punteggio T di 67 (ai limiti della norma)

Problemi di attenzione: punteggio T di 69 (ai limiti della norma)

Comportamento di trasgressione delle regole: punteggio T di 50 (nella norma)

Comportamenti aggressivi: punteggio T di 53 (nella norma)

Per quel che riguarda le scale di carattere generale:

Internalizzazione: punteggio T di 60 (nella norma)

Esternalizzazione: punteggio T di 51 (nella norma)

Scala Totale dei Problemi: punteggio T di 53 (nella norma)

Per quel che riguarda le scale che si basano sulla classificazione del DSM IV:

Problemi affettivi: punteggio T di 65 (ai limiti)

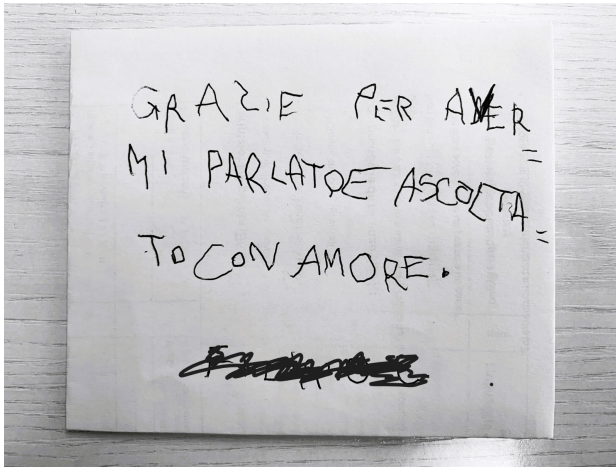
Problemi d'ansia: punteggio T di 60 (nella norma)

Problemi somatici: punteggio T di 50 (nella norma)

Problemi di attenzione e iperattività: punteggio T di 58 (nella norma)

Problemi oppositivi-provocatori: punteggio T di 58 (nella norma)

Problemi della condotta: punteggio T di 50 (nella norma)



Riferimenti Bibliografici

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-Informant Assessment*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

Bishop, D. V. M. (2003). *Children's Communication Checklist – Second Edition (CCC-2)*. Psychological Corporation.

Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2005). *Social Responsiveness Scale (SRS)*. Western Psychological Services.

Harrison, P. L., & Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System–Second Edition (ABAS-2)*. Western Psychological Services.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.

Mottron, L. (2023). *L'intervento precoce per i bambini autistici in età prescolare. Nuovi principi per sostenere un'intelligenza diversa*. Firenze: Hogrefe Editore.

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. The Guilford Press.

Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *Social Communication Questionnaire (SCQ)*. Western Psychological Services.

Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services.

Ilaria Nicolì, PhD, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo comportamentale
e-mail: ilarianicoli024@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it