



ISTITUTO TOLMAN

**Laboratorio di Scienze Cognitive Comportamentali
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale
Sede di Palermo**

**Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitivo - Comportamentale**

**IL RUOLO DELLA MINDFULNESS NELLA RIDUZIONE DELLO STRESS NEI CAREGIVER
DI BAMBINI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO.**

Una rassegna narrativa della letteratura

Studentessa:
Dott.ssa Alessia Bonaccorso

ANNO SCOLASTICO 2023/2024

SOMMARIO

L'obiettivo del seguente lavoro è quello di riportare i contributi più rilevanti sull'efficacia degli interventi di mindfulness, cosiddetti di terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale, sullo stress nei caregiver di soggetti con disturbo dello spettro autistico. A tal fine è stata condotta una ricerca relativa al periodo 2014-2021 attraverso i principali motori di ricerca e sono stati revisionati quattro articoli.

Nella disamina si è tenuto conto delle modalità di intervento, dell'età dei soggetti autistici, dello stadio della patologia e della consapevolezza dei genitori anche in riferimento alla differenza di genere.

Allo stato attuale, vista la mancanza, di risultati attendibili, non si può formulare un modello di intervento strutturato, valido, attendibile e specifico per la gestione dello stress genitoriale ma dagli articoli è emerso il potenziale beneficio degli interventi di mindfulness per cui si può dedurre che per il futuro si possa concretizzare in merito un efficace protocollo.

PAROLE CHIAVE: disturbo dello spettro autistico, caregiver, stress, mindfulness

INTRODUZIONE

Il disturbo dello spettro autistico è una sindrome pervasiva del neurosviluppo a eziologia multifattoriale e causa spesso sentimenti di disorientamento e di stress nei genitori, impattando sul benessere personale, di coppia e familiare, per cui sono stati effettuati programmi di mindfulness per agevolare il benessere di vita sia individuale che familiare dei predetti caregiver.

Il DSM 5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) definisce i disturbi dello spettro dell'autismo secondo due principali criteri:

- Criterio A: "deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti",
- Criterio B: "pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi" (APA, 2013).

L'utilizzo del termine "spettro" è dato dal fatto che i sintomi e le caratteristiche variano da un individuo all'altro. Infatti, profili di sviluppo di due bambini con ASD possono risultare diversi a livello macro, ma avere alla base delle difficoltà in comune come: problemi nel comunicare, difficoltà relazionali (ad esempio il non ricercare altri bambini) e comportamenti ripetitivi (Truzoli, 2021).

Oltre a questi sintomi basilari, le persone affette da autismo possono avere anche disturbi sensoriali, problemi del sonno, di alimentazione, disarmonie motorie, disarmonie nelle abilità cognitive, scarsa autonomia personale e sociale, autolesionismo e aggressività. Per siffatte caratteristiche, in uno studio di Estes e colleghi (2009) è stato evidenziato che lo stress percepito dai genitori alla diagnosi è maggiore nei casi di autismo piuttosto che nei genitori di bambini con altre tipologie di ritardo nello sviluppo.

La comunicazione della diagnosi di disturbo dello spettro autistico, infatti, genera nei genitori sentimenti di dolore e frustrazione, uniti alla preoccupazione di non riuscire a gestire una situazione così carica di responsabilità. Il percorso diagnostico dell'autismo

viene definito dalle famiglie come fortemente stressante, difficile e, in alcune testimonianze, viene persino utilizzato il termine “calvario” (Hanau e Cerati, 2003).

La famiglia, inoltre, risulta particolarmente colpita e smarrita poiché il disturbo dello spettro autistico non appare evidente fin da subito, in quanto, la maggior parte delle volte il bambino nei primi anni di vita attua comportamenti apparentemente tipici per poi avere un declino in diverse aree dello sviluppo (Midence e O’Neill, 2005).

Bisogna sottolineare, però, che non tutti i genitori vivono la diagnosi di ASD del figlio allo stesso modo. Infatti, mentre in alcuni casi la comunicazione della presenza di un disturbo alla base di determinati comportamenti viene considerata fonte di sollievo e conferma dei propri dubbi e delle proprie preoccupazioni, in altri casi le reazioni dei genitori alla diagnosi possono comportare shock, dolore e insoddisfazione, nonostante anche questi familiari avessero dei sospetti al riguardo (Gray, 1994).

La mancanza di interazione ha una notevole incidenza nei rapporti interpersonali familiari: l’indifferenza del bambino autistico rivolta ai familiari, provoca nei genitori sentimenti di rifiuto, di inutilità e di amore non corrisposto. Alcune ricerche hanno, inoltre, rilevato che le madri di soggetti autistici non sorridono in risposta al sorriso dei figli così spesso quanto le madri di bambini con sviluppo tipico (Gray, 1994).

Nello specifico le reazioni riportate dalle madri sono caratterizzate da tristezza, angoscia e disperazione e la diagnosi viene descritta come devastante e il peggiore momento della propria vita; i padri invece la ricordano come un momento difficile, triste e traumatico (De Aguiar e Pondé, 2020). Può essere visto come un momento estremamente luttuoso e proprio come l’elaborazione di un lutto, il genitore deve attraversare vari stadi per poter giungere all’accettazione della malattia. Non manca, infatti, specialmente all’inizio, l’attivazione di meccanismi di difesa come la negazione (Vicari, 2016).

Il livello di stress emotivo, che dalla diagnosi si propaga lungo tutti i livelli di assistenza che il genitore dovrà ricoprire nel corso degli anni, è molto elevato e abbraccia tutta una serie di necessità che dovranno essere garantite al figlio: un ambiente strutturato, frequenti appuntamenti terapeutici di diversa tipologia e altre strutture di supporto come doposcuola specialistici e servizi educativi di sostegno.

Fondamentale diventa lavorare non solo con i bambini con ASD, ma anche con i loro genitori, in quanto sono soggetti attivi nel processo di vita e terapeutico del figlio e le loro condizioni di salute possono influenzare altresì l’andamento dei trattamenti del bambino. E’ stato riportato che il coinvolgimento dei genitori e dei familiari nel trattamento assume un ruolo positivo, migliorando le interazioni figlio/familiare ed il clima familiare in generale. Lavorare insieme alle famiglie si associa a miglioramenti nella soddisfazione dei genitori, del loro empowerment e benessere emotivo.

In tale contesto la mindfulness o meditazione di piena consapevolezza, appare efficace nel migliorare la salute mentale dei genitori di giovani e adulti con autismo, è un intervento cognitivo-comportamentale di terza generazione, formato da diverse tecniche, con il fine di ridurre la vulnerabilità cognitiva, la risposta emotiva allo stress e imparare a prendersi cura di sé (Bishop e altri, 2004).

La mindfulness addestra l’attenzione, la consapevolezza non giudicante, la compassione e la saggezza, strumenti da utilizzare per affrontare le piccole e grandi sfide di ogni giorno.

Mediante la mindfulness le persone possono abbandonare la tendenza a giudicarsi e a cercare di essere costantemente ciò che non sono ma che ritengono di dover essere. Inoltre, viene allenata la consapevolezza circa le proprie sensazioni corporee, le emozioni e i pensieri, e si coltivano l'accettazione e la compassione nei confronti delle esperienze (Kabat-Zinn, 1994; Segal, 2012).

La consapevolezza insegna a riconoscere le cause dello stress, a osservarle e a rispondere alle fonti da cui questo origina senza evitarle o reagire impulsivamente.

Secondo Jon Kabat-Zinn (1990), la mindfulness è l'atto di "porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante".

L'attenzione focalizzata sul momento presente permette di accedere alla parte saggia della mente umana che sa cosa fare in ogni momento, sa cosa è bene e buono, sa qual è la decisione giusta anche nei momenti difficili. Usando le sensazioni del corpo come ancora possiamo imparare a rimanere nel momento presente, calmi e consapevoli così da non perdersi in pensieri che portano dove vogliono loro come il rimpianto su ciò che è già accaduto – "avrei dovuto fare così" , "se solo avessi saputo che.." – oppure l'ansia per il futuro che deve ancora arrivare – "chissà se andrà bene", "cosa farò se..."(Cilia, 2015).

Una maggiore autoconsapevolezza consente, pertanto, di affrontare con flessibilità e padronanza i pensieri e le emozioni negative per compiere, di conseguenza, delle scelte di vita razionali e funzionali nella direzione del benessere e dell'autorealizzazione.

Detta consapevolezza porta ad indirizzare la propria vita e le proprie energie nella direzione voluta, verso scopi significativi, senza lasciarsi distrarre da elementi di disturbo.

Permette di essere propositivi, anziché rassegnati in maniera passiva o sfuggenti.

Nella pratica degli esercizi mindfulness vi è la constatazione che pensieri ed affetti negativi sono transitori e che se ne riconosce la presenza senza giudicarli (e senza giudicarsi), ma si osservano semplicemente, per essere così più liberi e con un maggiore senso di benessere. E' così che si impara come i pensieri siano solo pensieri e le emozioni solo emozioni, che possono essere lasciati andare osservandoli da lontano, senza reagire, senza perdersi in essi.

STRESS E MINDFULNESS

Un bambino con ASD condiziona i genitori e i fratelli determinando in quest'ultimi un significativo aumento dello stress, poichè si richiede un riadattamento della loro vita in base ai suoi bisogni e alle sue esigenze. La routine familiare subisce solitamente notevoli cambiamenti che spesso implicano delle limitazioni alla vita sociale dei caregiver (Cancrini e La Rosa, 2001).

Abidin (2008) ha messo in evidenza che lo stress genitoriale è il risultato della "disparità percepita dal genitore tra le richieste del bambino e le proprie capacità di farvi fronte in modo adeguato". Lo stress genera un insieme di elaborazioni che provocano risposte di tipo psicologico e fisiologico, contraddistinte da sentimenti negativi verso sé stessi e verso il bambino (Crank e Low, 2002; Deater-Deckard, 2004).

Inoltre, Karst e collaboratori (2012) hanno sottolineato che lo stress comporta la presenza di conflitti coniugali all'interno della famiglia con difficoltà nella gestione del tempo, con tensioni finanziarie, con isolamento sociale, con diminuzione dell'autoefficacia genitoriale e con incertezza sul futuro del loro bambino.

A volte i genitori sono convinti di dover rinunciare a se stessi e di non potersi ritagliare propri momenti di svago provocando una riduzione del senso di auto-efficacia e di autostima e stimolando sensazioni di inadeguatezza e di fallimento in termini di efficacia educativa (Di Renzo e Mazzoni, 2011).

All'interno delle dinamiche familiari si può rilevare che i padri sperimentano per lo più in maniera indiretta gli effetti dell'autismo dei figli infatti l'aumento dei livelli di stress di un padre non è il risultato diretto della gravità dei sintomi di un bambino con ASD, ma deve essere posto in relazione ai sintomi depressivi della madre, che sono percepiti dagli uomini come disturbante la relazione coniugale e la vita domestica.

Al contempo i livelli di stress per la madre aumentano con la diminuzione del coinvolgimento del padre e del sostegno coniugale, specialmente quando il bambino è più grave (Gray, 2003). Ciò può portare ad una relazione di coppia che diventa progressivamente meno soddisfacente, con un minore scambio affettivo ed emotivo intaccando anche la vita sessuale (Estes e altri, 2009).

È palese che i genitori che hanno una relazione coniugale migliore in genere hanno una percezione più positiva nei confronti della loro relazione figlio-genitore. Ciò può anche significare una percezione più positiva della gravità dei sintomi da parte del genitore. Questo conflitto e tensione spesso portano al fallimento dell'unione coniugale e un tasso di divorzi superiore del 6% a quello della popolazione tipica.

Sono spesso le madri a sentire il bisogno di lasciare il lavoro per prendersi cura del bambino, prendendo e accompagnando quest'ultimo ai vari appuntamenti, sostenendo e gestendo i suoi bisogni educativi e le preoccupazioni relative alla scuola ecc... La successiva riduzione a reddito unico può creare una tensione sulle finanze familiari. Le famiglie, inoltre, non sempre hanno la solidarietà e l'aiuto di parenti e amici e devono anche affrontare giudizi, critiche e insofferenze dei vicini e del contesto sociale in cui sono inseriti.

I genitori che non sono strutturalmente preparati, che da un lato devono far fronte ai comportamenti insoliti e bizzarri della persona con ASD e dall'altro lato devono far fronte

alla vergogna di essere considerati dei genitori incapaci, tendono a chiudersi con il proprio figlio nell'ambiente domestico sprofondando nell'isolamento sociale (Sepe e altri, 2014). I comportamenti problema comprendono le condotte distruttive, le condotte violente auto e/o eterodirette, le espressioni sessuali inappropriate, i problemi di alimentazione, di iperattività, di sonno e altri meno gravi come pianto o riso irrefrenabili, lancio di oggetti, ecc (Gray, 1994).

Può capitare che, in condizioni di stress, i genitori possono essere meno tolleranti nella gestione dei comportamenti problema, soprattutto se avvengono con manifestazioni dirimpenti. In questo modo rischiano involontariamente di rafforzarli, garantendo il loro mantenimento a lungo termine (Hastings e Brown, 2002).

Dette condotte violente costituiscono un fattore problematico per i familiari, soprattutto a partire dall'adolescenza, quando tendono ad aumentare. Essere impotenti di fronte al proprio figlio che si picchia, si graffia, batte la testa contro il muro o che respinge a calci e morsi i coetanei è doloroso (Gray, 1994). Tutto ciò porta spesso i genitori alla rinuncia di una qualunque regola o coerenza educativa, precipitando ancora di più il bambino nell'incertezza e la famiglia nell'isolamento sociale (Sepe e altri, 2014). E' stato osservato che un genitore molto stressato può essere meno propenso a impegnarsi nell'intervento educativo e collaborare meno con l'operatore che ha in carico il bambino (Hastings e Brown, 2002).

L'angoscia e l'ansia dei genitori perdurerà per tutto l'arco di vita perché al primo momento della diagnosi subentrerà la predetta impotenza di fronte all'aggravarsi dei comportamenti problema e sfocerà in età adulta alle continue domande di chi si prenderà cura del loro bambino man mano che invecchieranno o moriranno, sperando che gli altri figli potranno assumersi la responsabilità.

Le preoccupazioni riguardano come potrà essere il futuro del proprio bambino: quali sfide non sarà in grado di affrontare, i momenti in cui non si sentirà abbastanza oppure loro stessi non sentiranno di essere stati all'altezza delle sue necessità (Belletti, 2004).

Per la riduzione dello stress Jon Kabat-Zinn ha elaborato il protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Il programma MBSR prevede un training intensivo di mindfulness che aiuta gli individui a porsi in relazione con le proprie condizioni fisiche e psicologiche compromesse in una maniera maggiormente accettante e non giudicante. Il punto focale è quello di portare i pazienti a controllare le reazioni mentali automatiche che sono responsabili di un peggioramento dello stress e che ostacolano l'efficace risoluzione o miglioramento dei problemi fisici. I partecipanti al programma MBSR devono staccarsi dai propri pensieri ed emozioni osservandoli ed esplorandoli senza esserne schiacciati. Devono pertanto essere attivi per imparare a servirsi delle proprie capacità interne di crescita e guarigione.

Il programma si articola in otto settimane, con otto incontri settimanali di gruppo di due ore ciascuno e una giornata di silenzio.

In particolare:

- una fase preliminare individuale e la somministrazione di test
- gli incontri prevedono tante attività: dall'alternarsi di pratiche guidate di esercizi di consapevolezza (body scan, hatha yoga, sitting meditatio, walking meditation, pratica

formale), alle condivisioni in gruppo e altri stimoli per riflettere e spiegare il funzionamento dell'attenzione, dello stress e della comunicazione negli esseri umani. Fra un incontro e l'altro sono previste sessioni quotidiane di pratica individuale a casa con l'ausilio di tracce audio, esercizi e schede.

- nella sesta settimana vi è una sessione intensiva di un giorno intero "la giornata della mindfulness" cioè un ritiro fondato sul silenzio e sulla meditazione.

Diversi studi hanno evidenziato che l'MBSR può ridurre lo stress, migliorare il sonno e la salute e aumentare la soddisfazione di vita dei genitori di individui con disabilità dello sviluppo. I genitori formati nell'MBSR riferiscono una maggiore positività nei confronti dei propri figli e una minore negatività riguardo all'impatto del figlio sulla famiglia.

Dall'attività di ricerca di Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale nasce la Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT), una rielaborazione della MBSR integrata da alcuni modelli e tecniche della terapia cognitiva-comportamentale.

La meditazione può aiutare le persone a migliorare la qualità della propria vita una volta guarite dalla depressione. L'obiettivo del protocollo è in primo luogo quello di limitare il rischio che questi pazienti, una volta guariti, abbiano ricadute.

Il corso comprende delle meditazioni guidate che aiutano i pazienti a diventare più consapevoli del momento presente e a entrare in contatto con i cambiamenti della mente e del corpo: body scan, sitting meditation, mindful stretching, walking meditation, 3 minute breathing space, mountain meditation. Al termine dell'esperienza i partecipanti avranno un kit di risorse cognitivo-emotivo-comportamentali per prendersi cura del proprio benessere e per intervenire non appena si accorgono del proprio cambio d'umore.

Viene articolato in otto incontri a cadenza settimanale della durata di due ore, più una sessione intensiva di sei ore tra la sesta e la settima seduta chiamata "giorno del silenzio". Ogni sessione prevede momenti di pratica, finestre teoriche, condivisioni in gruppo e homework. Come nella MBSR, vi è una fase preliminare che è il colloquio di valutazione individuale della durata di un'ora dove il terapeuta introduce il programma, spiega lo sviluppo a livello pratico del protocollo e procede alla valutazione individuale dei partecipanti non solo affinché si possa accertare che siano idonei a sostenere il trattamento ma anche per agevolare l'instaurarsi di un clima di conoscenza ed apertura. Ogni sessione propone uno specifico scopo: l'obiettivo delle prime quattro settimane è quello di sviluppare la capacità di prestare attenzione alle numerose situazioni in cui normalmente si viene guidati dal "pilota automatico". Ciò permetterà di disinserire il pilota automatico, che è quel processo di pensiero inconsapevole che ci guida nelle azioni e nelle scelte, e di dare intenzionalità ad ogni espressione. Nei primi incontri i partecipanti vengono aiutati a concentrarsi su un singolo organo o processo (sulle parti del corpo e poi sul respiro) e a rendersi conto di quanto spesso la mente inizi a vagare, favorendo la ricomparsa di pensieri e stati d'animo negativi. L'attenzione al respiro e al corpo offre la possibilità di riconnettersi con il presente, raccogliere i pensieri ed agevolare l'esperienza di "essere".

L'obiettivo delle ultime quattro settimane, è quello di imparare a rimanere nel momento presente anche quando arrivano i pensieri, le sensazioni fisiche o i sentimenti negativi, utilizzando diverse strategie.

L'ultima sessione permette di riprendere consapevolezza del sè e rivolgere l'attenzione solo al momento presente.

La condivisione è un momento fondamentale del programma poichè i pazienti hanno la possibilità di mettere a fuoco le loro osservazioni traducendole in parole imparando di conseguenza a condividere i propri vissuti.

Finito il corso, per incentivare l'apprendimento e per prolungare i benefici ottenuti, i partecipanti sono invitati a svolgere autonomamente degli esercizi a casa durante la settimana con il supporto di materiale come schede e registrazioni audio.

METODO

Il presente studio ha focalizzato la letteratura, afferente il periodo di tempo tra il 2014 e il 2021, tratta dai seguenti database scientifici: Pubmed e Google Scholar.

Sono state utilizzate come parole chiave mindfulness and autism, caregiver and autism, autism and stress, Parenting Stress, mindful parenting training.

Sono stati selezionati gli articoli full-text che presentavano i seguenti criteri di inclusione: pertinenza all'argomento, originalità, affidabilità e varietà delle proposte.

I criteri di esclusione sono stati i seguenti: fonti non rilevanti all'argomento, ripetizioni, articoli che non erano in lingua italiana o inglese.

In base ai suddetti criteri si è pervenuti ad un numero finale di contributi pari a quattro articoli.

RISULTATI

Amy S. Weitlauf e colleghi (2020) nell'articolo "Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents Implementing Early Intervention for Autism: An RCT" confrontano l'efficacia di un intervento, rivolto ai genitori con figli con disturbo dello spettro autistico, basato sul Parent-Implemented Early Start Denver Model Parent o P-ESDM e un'intervento che prevede sia l'utilizzo del P-ESDM insieme al MBSR.

Gli autori hanno ipotizzato che entrambi i gruppi avrebbero avuto dei miglioramenti ma con una differenza a favore dei genitori con trattamento P-ESDM + MBSR in merito ad una maggiore riduzione dello stress, della depressione e dell'ansia nonché un aumento della soddisfazione di vita rispetto agli altri genitori facenti parte del gruppo con trattamento con solo P-ESDM.

Al contempo è stata esaminata l'incidenza sui risultati di cinque covariate: età del bambino all'inizio del trattamento, sesso del bambino, sesso del genitore, gravità dell'autismo e problemi comportamentali.

I genitori partecipanti sono stati reclutati da una clinica diagnostica dal 2015 al 2017.

I criteri di ammissibilità includono: avere un bambino (di età inferiore a 36 mesi al consenso) con una diagnosi di disturbo dello spettro autistico e una conoscenza dell'inglese da parte dei genitori.

Il criterio di esclusione è un grave deficit sensomotorio del bambino.

Gli strumenti utilizzati sono: Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF), Centers for Epidemiologic Studies – Depression scale (CES-D), il Beck Anxiety Inventory (BAI), Satisfaction with Life Scale (SLS) e Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).

I dati sono stati raccolti in sei momenti: prima del trattamento, metà trattamento (6 settimane), fine trattamento (12 settimane) e uno, tre e sei mesi dopo il trattamento.

L'intervento nel gruppo in cui viene utilizzato solo il P-ESDM consiste in dodici sessioni settimanali consecutive, della durata di circa un'ora.

I terapeuti introducono le abilità attraverso descrizioni, modellazione e coaching.

Mentre l'intervento nel gruppo in cui vengono utilizzati il P-ESDM + MBSR prevede sei sessioni individuali di un'ora, in cui sono trattati argomenti quali: introduzione alla

mindfulness per gestire lo stress, consapevolezza del momento presente e coltivare la gratitudine.

Sono fornite delle dispense settimanali da cui trarre spunti sia pratici che scritti per casa. Gli esercizi suggeriti per i compiti a casa includono la pratica formale (ad esempio la meditazione guidata) e attività facilmente incorporabili nella routine quotidiana (ad esempio la consapevolezza del respiro). Per monitorare l'andamento dei compiti in casa sono utilizzati dei registri settimanali.

Rispetto ai genitori che ricevono solo P-ESDM, i genitori che ricevono P-ESDM + MBSR mostrano riduzioni significativamente maggiori del disagio genitoriale e della percezione delle interazioni disfunzionali del bambino.

Si osserva che la consapevolezza migliora soprattutto nel gruppo P-ESDM + MBSR, sia durante il trattamento attivo che durante il follow-up, suggerendo così che l'impatto di una formazione MBSR breve e mirata può persistere oltre il periodo di intervento.

Inoltre, durante il trattamento attivo in tutto il campione si verifica un miglioramento significativo in tutti i sotto-domini dello stress genitoriale, sintomi di depressione e sintomi di ansia. Ma, ad eccezione dell'ansia, la maggior parte di detti miglioramenti ottenuti durante il trattamento attivo si perdono lentamente nel tempo.

Un secondo obiettivo è quello di esaminare in che modo le covariate hanno influito sulla risposta al trattamento:

1. Età del bambino all'inizio del trattamento: i genitori dei bambini più piccoli, che hanno riportato livelli più elevati di stress e di angoscia all'inizio, sono migliorati rapidamente durante il trattamento ma hanno avuto un rallentamento nei progressi durante il follow-up. Mentre, i genitori dei bambini più grandi hanno mostrato il modello opposto, con punteggi che sono diminuiti durante il trattamento ma sono migliorati dopo il trattamento.
2. Sesso del genitore: i padri sono migliorati maggiormente durante il trattamento attivo ma hanno avuto un maggiore rallentamento del miglioramento durante il follow-up. La consapevolezza è aumentata nelle madri del gruppo P-ESDM + MBSR durante il trattamento attivo, mentre nei padri è diminuita indipendentemente dal gruppo di trattamento, sebbene tale calo sia stato meno pronunciato se erano in P-ESDM + MBSR.
3. Comportamenti problema del bambino: sono correlati a livelli più elevati di stress genitoriale e depressione e di conseguenza ad un funzionamento più scarso dei genitori. Durante il trattamento attivo, quest'ultimi hanno, però, sperimentato un miglioramento significativo.

Tutte le altre covariate hanno avuto un impatto minimo o nullo sulla risposta al trattamento.

Y. Lunsky e colleghi (2021) nell'articolo "Group Virtual Mindfulness-Based Intervention for Parents of Autistic Adolescents and Adults" hanno indagato se un intervento di gruppo basato sulla mindfulness rivolto a genitori di adolescenti e adulti autistici tenuti virtualmente sia fattibile, accettabile e porti a risultati clinici migliori.

Dato che non tutte le famiglie possono impegnarsi in interventi della durata di più settimane a causa delle richieste di assistenza, per facilitare l'accesso alle cure di salute mentale è stato promosso un programma virtuale.

I partecipanti sono 39 genitori, principalmente madri, di figli e figlie con disturbo dello spettro autistico adolescenti e adulti provenienti da sette province del Canada.

Per partecipare è necessario avere a disposizione un computer, un tablet o uno smartphone. Sono stati reclutati attraverso le newsletter dei servizi locali per l'autismo, i post sul sito web e le pubblicità condivise attraverso i social media (ad esempio Twitter, Facebook).

I genitori interessati hanno completato una breve valutazione di screening per i criteri di ammissibilità: ad esempio, avere un figlio o una figlia con ASD di 16 anni o più, vivere in Canada ed essere disponibili nelle date del gruppo.

I dati sono raccolti: prima del trattamento, una settimana dopo la fine dell'intervento di sei settimane e al follow-up di dodici settimane.

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Depression, Anxiety & Stress Scale (DASS), Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Bangor Mindfulness Parenting Scale (BMPS), Self-Compassion Scale—Short Form (SCS-SF), Revised Caregiving Appraisal Scales (R-CAS), Positive Gain Scale (PGS), i genitori hanno anche compilato una misura di soddisfazione.

Precedentemente alla prima sessione di intervento, sono programmati incontri individuali per fornire ai genitori un'introduzione alla piattaforma di videoconferenza (Zoom), in modo da familiarizzare con il software e ridurre al minimo i potenziali impedimenti legati alla tecnologia.

L'intervento di gruppo è un adattamento della MBCT in cui i genitori ricevono un libro di esercizi che descrive le sei sessioni, riassume le attività di mindfulness, elenca i compiti settimanali ed include i link alle registrazioni audio delle pratiche di meditazione formale. Il corso di sei settimane insegna ai partecipanti le abilità della mindfulness (breathing meditation, body scan, mindful yoga, walking meditation e loving-kindness).

Ogni sessione, della durata di 90 minuti, inizia con un ripasso dei compiti svolti a casa e una breve meditazione, seguiti da istruzioni su una nuova tecnica di meditazione, un'indagine di gruppo in cui si indaga come le persone hanno vissuto l'esercizio, una spiegazione dei compiti successivi e una lettura di chiusura che di solito è una poesia.

I genitori possono comunicare tra loro verbalmente come un intero gruppo, ma anche attraverso commenti digitati nella casella di chat. Per coinvolgere i partecipanti sono utilizzati dei sondaggi anonimi di gruppo, ad esempio i genitori possono votare la loro esperienza nel completare i compiti a casa o la loro reazione a una pratica formale.

Questo ha permesso ai genitori di vedere in tempo reale come gli altri vivono la stessa attività.

La fattibilità è valutata rispetto:

1. Alla capacità di reclutamento e alla percentuale di persone che hanno completato le misure in ciascun momento: sono stati reclutati 43 genitori attraverso i social media, di cui 39 hanno completato le misurazioni iniziali, 21 persone hanno completato le misurazioni una settimana dopo la fine dell'intervento e 19 le misurazioni di follow-up.
2. Alla affidabilità della tecnologia: la tecnologia ha funzionato per ogni sessione. Quando un partecipante ha difficoltà con la tecnologia, la persona del supporto tecnico è solitamente in grado di assisterlo utilizzando la funzione di chat senza interrompere il flusso della sessione per gli altri partecipanti.

Per quanto riguarda l'accettabilità le valutazioni di soddisfazione dei partecipanti, completate al termine del trattamento, sono costantemente elevate in termini di utilità di quanto appreso e di applicabilità delle informazioni. I punteggi più alti sono assegnati alla facilità d'uso della tecnologia e alla comodità del coinvolgimento online mentre punteggi più bassi riguardano le problematiche tecnologiche. I genitori riferiscono che la tecnologia è stata utile perché ha permesso ai caregiver di legare tra loro, di poter seguire la sessione da diversi luoghi e di poter accedere alle registrazioni delle pratiche di mindfulness quando si perdeva una sessione.

I genitori riportano riduzioni dello stress e della depressione (DASS-14), nonché miglioramenti della mindfulness (FFMQ), che si sono mantenuti al follow-up di 3 mesi. Hanno inoltre riportato un miglioramento dei punteggi relativi al mindful parenting, all'autocompassione e al guadagno positivo.

Anna Ridderinkhof e colleghi (2018) nello studio "Mindfulness-Based Program for Children with Autism Spectrum Disorder and Their Parents: Direct and Long-Term Improvements" esaminano gli effetti dei programmi basati sulla mindfulness per bambini combinati ad un parent training basato sulla mindfulness per i genitori.

I partecipanti sono 45 bambini con ASD di età compresa tra gli 8 e i 19 anni (il cui QI era risultato uguale o superiore a 80) e i loro genitori.

I criteri di esclusione sono: scarsa padronanza della lingua olandese, gravi problemi di comportamento, attuale rischio suicidario ed attuali disturbi psicotici.

Sono state effettuate le misurazioni in cinque momenti: lista d'attesa, una settimana prima del trattamento, immediatamente dopo l'intervento e follow-up a due mesi e a un anno.

Le valutazioni riguardano quattro domini: problemi di comunicazione sociale, funzionamento emotivo e comportamentale, genitorialità e consapevolezza.

Il programma a cui bambini e genitori hanno preso parte è chiamato MYmind e prevede nove sessioni di gruppo a cadenza settimanale per bambini e genitori separatamente, della durata di un'ora e mezza. Una sessione con partecipazione di entrambi da effettuarsi nove settimane dopo la conclusione degli incontri canonici per incoraggiare il mantenimento della pratica.

I bambini imparano a migliorare e a dirigere la loro attenzione, ad aumentare la consapevolezza delle sensazioni corporee, dei sentimenti e dei pensieri nonché ad aumentare il loro autocontrollo.

Ogni sessione consiste nell'insegnamento della teoria, nella pratica di esercizi di mindfulness, in discussioni di indagine sugli esercizi e in discussioni sulle pratiche a casa. Il programma comprende esercizi di mindfulness basati sulla MBCT e sulla MBSR, come breathing meditation, the body scan, the 3-min breathing space e yoga practices. Gli esercizi per casa consistono nella lettura di dispense, nelle pratiche di meditazione, nell'applicazione delle pratiche di mindfulness alle situazioni quotidiane e nell'utilizzo di diari.

Durante la meditazione viene usato un linguaggio più diretto, meno metafore e una quantità ridotta di guida verbale. È incorporata anche l'applicazione della mindfulness in situazioni specifiche che sono stressanti per i bambini con ASD, ad esempio affrontare cambiamenti inaspettati (cambiando l'aula di formazione), suoni disturbanti (con una meditazione sonora) e pensieri ripetitivi (con una meditazione del pensiero).

Gli strumenti utilizzati per i bambini sono: Social Responsiveness Scale (SRS), Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self Report (YSR), Children's Acceptance and Mindfulness Measure (CAMM).

I genitori, invece, apprendono la gestione dello stress e delle situazioni di stress, a rispondere con calma e apertura mentale alle esigenze del bambino e alle sue difficoltà. Inoltre, i genitori imparano ad essere consapevoli dei propri limiti, a portare accettazione e (auto)compassione nella loro genitorialità e a comprendere e accettare il disturbo del proprio figlio. Gli homework consistono nella lettura di dispense, pratiche di meditazione, pratiche informali di genitori attenti, applicazione delle pratiche di mindfulness alle situazioni quotidiane e utilizzo di diari.

Gli strumenti utilizzati per gli adulti sono: SRS-Adult (SRS-A), Adult Self Report (ASR), Parenting Stress Index (PSI-C), Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P).

Genitori e bambini completano un breve questionario a risposta aperta durante il post-test o il follow-up a due mesi, con domande su cosa hanno imparato, quali cambiamenti hanno sperimentato, le loro opinioni sul programma MYmind e per i soli genitori che cosa è cambiato nella relazione con il proprio figlio.

Per quanto riguarda i risultati per i bambini si è visto una significativa diminuzione dei loro problemi di comunicazione sociale, durata 2 mesi e 1 anno dopo l'intervento.

Il funzionamento emotivo e comportamentale è migliorato, compresi i problemi di interiorizzazione, esternalizzazione, attenzione, ruminazione, stress e benessere emotivo. Per i problemi di esternalizzazione, di attenzione e di benessere emotivo gli effetti sono più sostanziali 2 mesi dopo MYmind e sono mantenuti fino a 1 anno dopo, mentre la diminuzione della ruminazione non è più significativa al follow-up di 1 anno.

I problemi cronici del sonno non sono cambiati in modo significativo in nessuna occasione di misurazione, si è osservata al follow-up di 2 mesi una piccola diminuzione.

Infine, non hanno riportato alcun aumento significativo della consapevolezza.

Nei genitori, invece, i problemi di comunicazione sociale sono diminuiti subito dopo MYmind, ma non a medio e lungo termine.

I caregiver hanno riferito un miglioramento anche nel proprio funzionamento emotivo e comportamentale, con problemi di internalizzazione ed esternalizzazione ancora diminuiti

fino a 1 anno dopo il programma MYmind. Tuttavia, la diminuzione dei problemi di attenzione e dello stress è rimasta solo fino a 2 mesi dopo il programma.

L'eccessiva reattività dei genitori, lo stress relativo alla loro competenza genitoriale, la consapevolezza e l'auto-compassione sono diminuiti subito dopo la formazione e questa diminuzione è rimasta da 2 mesi a un 1 anno dopo.

Elisabeth M. Dykens e colleghi (2014) hanno pubblicato lo studio "Reducing Distress in Mothers of Children With Autism and Other Disabilities: A Randomized Trial". Il primo obiettivo di questo studio è di verificare se sia vantaggioso trattare i genitori in gruppi guidati da peer-mentor. Il secondo obiettivo, gli autori vogliono verificare se il programma MBSR conferisca più vantaggi rispetto al programma PAD.

In riferimento alle madri di bambini con autismo (rispetto ad altre disabilità) che spesso riferiscono più stress, malattie e sintomi psichiatrici, gli autori hanno voluto osservare se le stesse rispondevano in modo diverso al trattamento.

I criteri di ammissibilità includono la volontà di essere suddivisi in gruppi e non abbiano partecipato a precedenti pratiche di mindfulness o psicologia positiva.

Lo studio viene pubblicizzato tramite siti Web e annunci alle organizzazioni locali e statali per i disabili.

Per massimizzare l'iscrizione, le sessioni di trattamento si svolgono durante il giorno o la sera in un ambiente comunitario accessibile, con assistenza facoltativa in loco per i figli con disabilità o i fratelli.

Sono reclutate 243 madri, in media hanno 40 anni e la maggior parte sono sposate e bianche. I figli con disabilità hanno in media 10 anni, il 65% ha ASD e il 35% ha altre disabilità dello sviluppo.

I risultati sono valutati in sei momenti: all'inizio, a metà trattamento, alla fine del trattamento e post-trattamento a uno, tre/sei mesi.

Gli strumenti utilizzati sono: Parenting Stress Index-Short Form (PSI), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Insomnia Severity Index, Ryff Scales of Psychological Well-Being e Life Satisfaction Scale.

Dopo aver completato le misurazioni iniziali, le madri vengono assegnate in modo casuale, tramite un programma informatico, al gruppo di sei settimane MBSR o a quello PAD.

Il programma MBSR prevede tecniche specifiche di respirazione, meditazione e movimento, incluso prestare attenzione al respiro, respirazione profonda della pancia, risposta di rilassamento, auto-osservazione senza autovalutazione, Qigong (movimenti delicati), sitting meditatio, body scan e gentilezza amorevole.

Invece, il programma PAD sottolinea i modi per temperare le emozioni come il senso di colpa, il conflitto, la preoccupazione e il pessimismo, identificando e reclutando i punti di forza e le virtù del carattere e sono stati così svolti esercizi di gratitudine, perdono, grazia e ottimismo.

Tutti i partecipanti sono incoraggiati a praticare esercizi specifici a casa e a condividere queste esperienze durante le riunioni di gruppo.

Ogni gruppo è guidato da due peer-mentor, tutte madri di bambini con disabilità, ben formate e supervisionate.

Le madri in entrambi i trattamenti MBSR e PAD mostrano meno stress personale e interazioni disfunzionali genitore-bambino, meno ansia e depressione e un miglioramento del sonno e della soddisfazione di vita rispetto ai valori iniziali. La depressione, l'ansia e la soddisfazione della vita continuano a migliorare durante il follow-up. Questi miglioramenti sono probabilmente determinati da vari fattori: un ambiente di gruppo con altri genitori, peer-mentor che più facilmente comprendono le esperienze dei partecipanti e programmi che soddisfano i bisogni dei genitori di essere meno stressati.

Le madri che prendono parte al programma MBSR mostrano miglioramenti significativamente maggiori in depressione, ansia, sonno e soddisfazione di vita. Tali vantaggi possono essere associati alle risposte fisiologiche di rilassamento, ad una maggiore attenzione alle sensazioni corporee e una minore tendenza alla ruminazione o ad altre emozioni automatiche.

Gli interventi PAD, invece, sono più orientati sul piano cognitivo, con esercizi che richiedono più tempo e riflessione (ad esempio, identificare e coinvolgere i punti di forza del carattere, praticare la gentilezza e la gratitudine). Le madri in PAD rispetto a quelle in MBSR riportano un miglioramento della soddisfazione di vita e una riduzione della depressione durante il periodo di follow-up più lungo.

Le madri di bambini con ASD rispetto ad altre disabilità non riportano emozioni più angoscianti, però mostrano miglioramenti meno immediati nell'ansia.

CONCLUSIONI

I genitori altamente stressati non riescono ad attuare validi ed efficaci interventi per i propri figli con disabilità e di conseguenza quest'ultimi fanno minori progressi nello sviluppo.

Detto ciò, possono essere d'aiuto le terapie cognitivo-comportamentali per ridurre efficacemente lo stress nei caregiver di bambini con ASD.

I superiori studi hanno evidenziato che l'utilizzo della mindfulness come parte di un intervento più ampio è efficace nel ridurre lo stress e migliorare la salute mentale dei caregiver di bambini con ASD. Questi risultati confermano pertanto l'importanza della mindfulness come strumento per affrontare le sfide psicologiche dei caregiver in questo contesto.

Hanno inoltre sottolineato un alto grado di accettabilità dell'intervento da parte dei partecipanti. Questo suggerisce che i programmi basati sulla mindfulness sono ben recepiti e possono rappresentare una scelta attraente per i caregiver. Anche, l'utilizzo della tecnologia virtuale è risultato fattibile poiché ha reso gli interventi ancora più accessibili. È degno di nota il fatto che gli effetti positivi della mindfulness si siano mantenuti nel tempo, per cui i benefici della mindfulness non sono solo a breve termine, ma possono avere un impatto positivo a lungo termine sulla salute mentale dei caregiver. Questa sostenibilità degli effetti è cruciale per offrire loro un supporto duraturo.

La mindfulness porta benefici non solo ai caregiver ma anche ai bambini con disturbo dello spettro autistico. Gli studi hanno rilevato miglioramenti significativi nei bambini a livello di comunicazione sociale, funzionamento emotivo e comportamentale. Pertanto, la mindfulness può avere un impatto positivo sulla relazione tra genitori e figli, contribuendo a migliorare la qualità della vita di entrambi.

È emerso inoltre, che ci possono essere differenze nei risultati in relazione al sesso dei partecipanti: uno studio, infatti, ha evidenziato che i padri hanno mostrato un maggiore miglioramento durante il trattamento attivo. Detta differenza potrebbe essere un aspetto importante da considerare nello sviluppo di programmi futuri.

In definitiva, allo stato attuale non si può formulare un modello di intervento strutturato, valido, attendibile e specifico per la gestione dello stress genitoriale ma i risultati riportati indicano che l'uso della mindfulness nei caregiver di bambini con ASD può rappresentare una strategia efficace per affrontare lo stress, migliorare la qualità della vita e di conseguenza costituiscono una solida base per ulteriori studi e sviluppo di programmi mirati che tengano conto di vari fattori.

STUDIO	CAMPIONE	TRATTAMENTO	MISURE	RISULTATI
Amy S. Weitlauf, Neill Broderick, J. Alacia Stainbrook, Julie Lounds Taylor, Catherine G. Herrington, Amy G. Nicholson, Madeline Santulli, Elisabeth M. Dykens, A. Pablo Juárez, E Zachary E. Warren	P-ESDM n 31 P-ESDM + MBSR n 30	P-ESDM P-ESDM + MBSR	PSI-SF, CES-D, BAI, SLS e FFMQ	Entrambi i programmi sono risultati efficaci per i sotto-domini dello stress genitoriale, sintomi di depressione e sintomi di ansia. Il gruppo P-ESDM + MBSR maggiore riduzione del disagio genitoriale, della percezione delle interazioni disfunzionali del bambino e una migliore consapevolezza
Y. Lunsky, C. Albaum, A. Baskin, R. P. Hastings, S. Hutton, L. Steel, W. Wang e J. Weiss	39 genitori	MBCT	DASS, FFMQ, BMPS, SCS-SF, R-CAS, PGS	I genitori riportarono riduzioni dello stress e della depressione, nonché miglioramenti nella mindfulness, che sono stati mantenuti al follow-up di 3 mesi. Hanno inoltre riportato un miglioramento dei punteggi relativi al mindful parenting, all'auto-compassione e al guadagno positivo
Anna Ridderinkhof, Esther I. de Bruin, René Blom e Susan M. Bögels	45 bambini con ASD e i loro genitori	MBCT e MBSR	SRS, ASEBA, CBCL, YSR, CAMM, SRS-A, ASR, PSI-C, IM-P	Bambini: significativa diminuzione dei loro problemi di comunicazione sociale. Il funzionamento emotivo e comportamentale è migliorato, compresi i problemi di interiorizzazione, esternalizzazione, attenzione, ruminazione, stress e benessere emotivo. I problemi cronici del sonno non sono cambiati in modo significativo in nessuna occasione di misurazione. Infine, non hanno riportato alcun aumento significativo della consapevolezza. Genitori: i problemi di comunicazione sociale sono diminuiti subito dopo MYmind, ma non a medio e lungo termine. I caregiver hanno riferito un miglioramento anche nel proprio funzionamento emotivo e comportamentale, con problemi di internalizzazione ed esternalizzazione. L'eccessiva reattività dei genitori, lo stress relativo alla loro competenza genitoriale, la consapevolezza e l'auto-compassione sono diminuiti subito dopo la formazione.
Elisabeth M. Dykens, Marisa H. Fisher, Julie Lounds Taylor, Warren Lambert e Nancy Miodrag	243 madri	MBSR e PAD	PSI, BDI, BAI, Insomnia Severity Index, Ryff Scales of Psychological Well-Being e Life Satisfaction Scale	Le madri che hanno preso parte al programma MBSR hanno mostrato miglioramenti significativamente maggiori in depressione, ansia, sonno e soddisfazione di vita. Le madri in PAD hanno riportato un miglioramento della soddisfazione di vita e una riduzione della depressione durante il periodo di follow-up più lungo

BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R.R. (2008). Parenting Stress Index: Professional Manual. Odessa: FL: Psychological. Assessment Resources, 1995. (trad.it. Guarino A, Di Blasio P, D'Alessio M, Camicasca E, Serantoni G. Parenting Stress Index: Manuale (5° ed.). Firenze, IT: Giunti).
- American Psychiatric Association (2013). DSM V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. tr. it., Milano, Cortina 2014.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Cancrini, L. e La Rosa, C. (2001). *Il vaso di Pandora*, Roma, Carocci.
- Cilia, S. (2015). From <https://www.itcc.it/mindfulness/>
- Crnic, K., Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In Bornstein, M.H. *Handbook of parenting*, vol 5: Practical Issues in Parenting. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahway, 2 ed., pp 23-267.
- De Aguiar, M. C. M. D., & Pondé, M. P. (2020). Autism: impact of the diagnosis in the parents. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
- Deater-Deckard, K., & Petrill, S. A. (2004). Parent-child dyadic mutuality and child behavior problems: An investigation of gene-environment processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1171-1179.
- Di Renzo, M. e Mazzoni, S. (a cura di) (2011). *Sostenere la relazione genitori-figlio nell'autismo* Roma: Magi.
- Dykens EM, Fisher MH, Taylor JL, Lambert W, Miodrag N. Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics*. 2014. Aug;134(2):e454-63. doi: 10.1542/peds.2013-3164. Epub 2014 Jul 21. PMID: 25049350; PMCID: PMC4187227.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X.H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*. 13(4), 375-87.
- Gray D.E. (1994). Coping with autism: Stresses and strategies. *Sociology of Health & Illness*, vol. 16, n. 3, pp. 275-300.
- Gray D.E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism, «*Social Science & Medicine*», vol. 56, pp. 631-642.
- Hanau, C. e Cerati, D.M. (2003). *Il nostro autismo quotidiano. Storie di genitori e figli*. Trento: Erickson.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American journal on mental retardation*, 107(3), 222-232.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where ever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

- KARST J.S., VAN HECKE A. V.,(2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation, *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, no. 3, pp. 247–277, 2012.
- Lunsky Y, Albaum C, Baskin A, Hastings RP, Hutton S, Steel L, Wang W, Weiss J. Group Virtual Mindfulness-Based Intervention for Parents of Autistic Adolescents and Adults. *J Autism Dev Disord*. 2021 Nov;51(11):3959-3969. doi: 10.1007/s10803-020-04835-3. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33420938; PMCID: PMC7796683.
- Melli, G., Sica, C. (2018). *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo comportamentale. Modelli clinici e tecniche d'intervento*. Trento: Erickson.
- Midence K., O'Neill M. (2005). L'esperienza dei genitori nell'affrontare la diagnosi di autismo: Uno studio pilota. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, vol. 3, n. 1.
- Ridderinkhof A, de Bruin EI, Blom R, Bögels SM. Mindfulness-Based Program for Children with Autism Spectrum Disorder and Their Parents: Direct and Long-Term Improvements. *Mindfulness (N Y)*. 2018;9(3):773-791. doi: 10.1007/s12671-017-0815-x. Epub 2017 Oct 6. PMID: 29875881; PMCID: PMC5968048.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Sepe, D., Onorati, A., Folino, F. e Abblasio, C. (2014). *Autismo e crescita personale*, Roma: Armando.
- Truzoli, R. (2021). *ABA per bambini con comportamento autistico. Principi teorici e strumenti applicativi*. Gorgonzola (MI): FrancoAngeli.
- Vicari, S. (2016). *Nostro Figlio è Autistico*. Trento: Erickson
- Weitlauf AS, Broderick N, Stainbrook JA, Taylor JL, Herrington CG, Nicholson AG, Santulli M, Dykens EM, Juárez AP, Warren ZE. Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents Implementing Early Intervention for Autism: An RCT. *Pediatrics*. 2020 Apr;145(Suppl 1):S81-S92. doi: 10.1542/peds.2019-1895K. PMID: 32238534; PMCID: PMC8025402.