



Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Sede di Cagliari

**ACT E FLESSIBILITA' PSICOLOGICA:
SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DI BAMBINI
CON DISABILITA' INTELLETTIVA.**

Esame finale di secondo anno

Elaborato breve

Specializzanda in psicoterapia

Dott.ssa Chiara Elena Secci

ANNO ACCADEMICO

2025

INTRODUZIONE

I disturbi del neurosviluppo si manifestano nelle prime fasi di vita, spesso prima che il bambino inizi la scuola elementare. Questi disturbi, sono caratterizzati da differenze significative nelle abilità cognitive, nelle capacità di comunicazione e nelle interazioni sociali rispetto alla norma per l'età dello sviluppo. I disturbi del neurosviluppo prendono questa denominazione perché implicano alterazioni nello sviluppo del sistema nervoso centrale, coinvolgendo la formazione delle connessioni neurali, l'acquisizione di abilità cognitive, emotive, sociali e motorie, nonché lo sviluppo di funzioni cerebrali complesse, essenziali per il raggiungimento di tappe cruciali nello sviluppo umano. Il range dei deficit varia da fragilità molto leggere e/o specifiche dell'apprendimento, fino alla compromissione globale delle abilità sociali e dell'intelligenza (DSM-5).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali nella sua quinta edizione (DSM-5), include una categoria specifica denominata Disturbi del Neurosviluppo:

- Disabilità intellettiva;
- SCD, Disturbo della comunicazione;
- ASD, Disturbi dello Spettro Autistico;
- ADHD, Disturbo da deficit di attenzione, iperattività;
- SLD, Disturbo specifico dell'apprendimento;
- Disturbo del movimento;
- Disturbo da tic;

La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettuivo), viene definita come una condizione del neurosviluppo che comporta difficoltà sia a livello cognitivo sia sul piano del funzionamento adattivo, ossia nelle competenze necessarie per affrontare la vita quotidiana. Tali difficoltà emergono in età evolutiva e influenzano diversi aspetti, tra cui l'apprendimento, la comunicazione, l'autonomia personale e la capacità di inserirsi in contesti sociali e scolastici. La condizione può presentarsi con diversi livelli di gravità: nelle forme più lievi è possibile raggiungere un buon grado di autonomia, soprattutto se vengono offerti sostegni adeguati, mentre nei casi più gravi o profondi la persona necessita di un'assistenza continua.

I bambini e i ragazzi con disabilità intellettive/evolutive corrono un rischio maggiore di manifestare comportamenti problematici (Emerson e Einfeld, 2010; Totsika et al., 2011a, 2011b), dunque i genitori di bambini con disabilità sono a più alto rischio di stress psicologico rispetto ad altri genitori. Questo stress sembra essere mediato da molte variabili, come il ruolo del caregiver, la preoccupazione per il futuro dei propri figli, (Harper et al., 2013), la gravità e le compromissioni della disabilità intellettiva, i comportamenti-problema messi in atto (Belinda et al., 2016; Lee et al., 2009; Willoughby & Glidden, 1995; Essex et al., 1999; Hastings, 2002), il supporto sociale percepito, il supporto professionale, lo stato socioeconomico della famiglia.

Questo stress può manifestarsi in problemi di salute e alterazioni del funzionamento psicologico, come depressione, ansia e una peggiore qualità della vita, nonché capacità genitoriali inefficaci, livelli più elevati di ostilità e minore reattività genitoriale.

Se non adeguatamente supportati, i genitori di bambini con disabilità intellettiva rischiano un significativo peggioramento della qualità di vita, non solo a causa della natura permanente del disturbo, ma anche a causa della perenne angoscia ed incertezza sia per il futuro prossimo del figlio, sia per quello più lontano della vecchiaia e della morte. Di conseguenza, questo stress ha un impatto indiretto sul funzionamento psicologico del bambino diagnosticato peggiorando drasticamente le interazioni familiari e generando un ambiente avversivo e ostile man mano che il comportamento del bambino diventa più problematico. Ciò si traduce in un'educazione autoritaria, dura e intrusiva, contribuendo al peggioramento della salute psicologica dei membri della famiglia.

Il benessere emotivo dei caregiver familiari può essere un fattore critico nel determinare il successo e l'attuazione di interventi volti a supportare i bambini che presentano comportamenti problematici (Singh et al., 2014) e a prevenire la disgregazione familiare.

Tuttavia, la diffusione di programmi d'intervento che includano sia i bambini sia i caregiver, è ancora piuttosto limitata (John E. Lochman, Karen Wells e Lisa A. Lenhart; 2008). Ad oggi le modalità più comuni di interventi incentrati sui genitori, si basano sul modello del Parent Training, una forma di intervento altamente strutturato, sviluppatisi in America negli anni '70. L'obiettivo del Parent Training è quello di aiutare il genitore sia a comprendere il funzionamento del proprio figlio, sia a potenziare le sue capacità di analisi e gestione dei comportamenti problema, e dunque incrementare le abilità di gestione del bambino nella sua quotidianità, riducendo indirettamente lo stress genitoriale e familiare; tuttavia rimane centrale l'intervento diretto o indiretto sulla persona con disabilità e non si offre l'opportunità ai genitori di auto-cura. I bisogni psicologici, emotivi ed esperienziali dei genitori stessi sono stati, in questi casi, ampiamente ignorati.

Negli ultimi anni, una crescente letteratura ha suggerito che gli approcci basati sulla consapevolezza e sull'accettazione possano offrire un modo efficace per i caregiver familiari di affrontare o mantenere la resilienza quando si devono occupare di un bambino con bisogni complessi.

Al contrario di altri interventi che mirano alla modifica di stati mentali ed emotivi ritenuti esagerati, incongrui o inesatti, gli interventi di terza generazione mirano all'accettazione di questi stati cognitivi e/o emotivi. Nel caso dei genitori di persone con disabilità intellettuale, i pensieri e i sentimenti "difficili" sperimentati da questi non sono necessariamente esagerati o inesatti, anzi rappresentano spesso la realtà dei fatti.

La terapia dell'accettazione e la mindfulness rappresentano un approccio alternativo particolarmente utile, soprattutto nei casi in cui le criticità rimarranno stabili nel tempo o comunque avranno cambiamenti lenti, graduali e parziali. Pertanto, piuttosto che sfidare il contenuto di pensieri e sentimenti difficili, promuovono l'accettazione di emozioni spiacevoli, la defusione dai pensieri faticosi e aiutano a definire i valori personali secondo cui vivere.

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) è un approccio comportamentale di terza ondata che utilizza sei processi fondamentali come accettazione, contatto con il momento presente, defusione cognitiva, sé come contesto, valori e azione impegnata (Eifert & Forsyth, 2005). L'ACT sta estendendo la sua ricerca sulla genitorialità, sulla famiglia e sui problemi cronici dei bambini come la disabilità, applicando la formazione sulla flessibilità psicologica (PF), intesa come il processo di notare le esperienze nel momento presente senza giudicarle e impegnarsi in azioni basate sui propri valori (Eifert & Forsyth, 2005; Hayes et al., 2013), per migliorare il benessere psicologico, lo stress percepito e la qualità della vita familiare.

Alcuni studi infatti sono concordi nell' indicare la "flessibilità psicologica" come fattore protettivo allo sviluppo e ricaduta di vari problemi psicologici, come la depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi alimentari, stress, traumi, burnout (Biglan et.al., 2008).

Nello specifico ho scelto uno studio dal titolo "Acceptance and Commitment Training Focused on Psychological Flexibility for Family Members of Children with Intellectual Disabilities", di Davide Lobato, Francisco Montesinos, Eduardo Polín, e Saray Cáliz (2022), che ha valutato l'utilità di un protocollo di intervento orientato alla flessibilità psicologica in un gruppo di membri della famiglia di soggetti con disabilità intellettuale.

OBIETTIVI DELLO STUDIO:

L'obiettivo dello studio era analizzare l'effetto di un programma di intervento orientato alla flessibilità psicologica basato sulla terapia di accettazione e impegno (ACT).

PARTECIPANTI:

Sono stati reclutati 40 genitori. Un totale di 4 familiari non hanno continuato lo studio o lo hanno abbandonato (2 per incompatibilità di orario con il programma, 1 per problemi di salute e 1 per motivi sconosciuti). I criteri di inclusione prevedevano l'età superiore ai 18 anni, l'assenza di un trattamento psicologico e/o psichiatrico in corso, un'elevata conoscenza della lingua spagnola e l'avere figli con diagnosi di disabilità intellettuva.

La maggior parte dei caregiver era di sesso femminile (83,34%). Avevano un'età media di 55,8 anni ($DS = 5,4$), con figli con un'età media di 25,3 anni ($DS = 5,6$), una media di 1,7 figli ($DS = 0,7$), con un grado medio di disabilità di 47,8 ($DS = 15,3$). La maggior parte dei figli (83,34%) aveva una diagnosi di disabilità intellettuva lieve e il resto (16,66%) presentava altre condizioni mediche (ad esempio, sindrome di Down o sindrome feto-alcolica) associate alla disabilità intellettuva.

MISURE:

Sono stati condotti quattro interventi in diversi gruppi (gruppo 1 = 10 partecipanti; gruppo 2 = 10 partecipanti, gruppo 3 = 10 partecipanti, gruppo 4 = 6 partecipanti) in modo che al termine del programma con un gruppo, iniziasse quello successivo.

Il protocollo di intervento breve (9 ore) si è concentrato sul chiarimento dei valori, strategie di defusione, addestramento all'attenzione flessibile al momento presente (mindfulness) e impegno all'azione e accettazione psicologica.

STRUMENTI:

-PAQ (Questionario di accettazione genitoriale). Si tratta di un questionario di 16 item su una scala di tipo Likert con 4 opzioni di risposta, in un intervallo da 1 (fortemente in disaccordo) a 4 (fortemente d'accordo), che valuta sei processi relativi al pensiero flessibile (essere presenti, valori, azione impegnata, sé come contesto, defusione cognitiva e accettazione) e tre stili di risposta flessibili (aperto, centrato, accogliente). I punteggi variano da 16 a 64; più alto è il punteggio, maggiore è il disagio psicologico, dunque i livelli di inflessibilità.

- **PSS-14 (Scala dello Stress Percepito).** È un questionario self-report composto da 14 item che indaga in che misura una persona percepisce la propria vita come imprevedibile, incontrollabile e sovraccaricante. Gli item si riferiscono a pensieri e sentimenti provati nell'ultimo mese e vengono valutati con una scala Likert a 5 punti (da "mai" a "molto spesso"). I punteggi variano da 0 a 56, dove punteggi più alti indicano un maggiore stress percepito.
- **GHQ-12** è la versione breve del questionario self report (General Health Questionnaire), utilizzato per la valutazione del benessere psicologico. Composto da 12 item, il questionario rileva la presenza di sintomi legati a stress, ansia, depressione e difficoltà di adattamento, ponendo l'attenzione sul funzionamento psicosociale generale piuttosto che su disturbi specifici. Punteggi più alti indicano livelli più bassi di benessere psicologico.
- **WBSI (Inventario di Soppressione del Pensiero dell'Orso Bianco)**, è un questionario che misura la tendenza a sopprimere i pensieri indesiderati. Si tratta di una scala Likert di 15 elementi con cinque opzioni di risposta che vanno da 1 (completamente in disaccordo) a 5 (completamente d'accordo). I punteggi vanno da 15 a 75. I punteggi più alti indicano una tendenza più forte alla soppressione del pensiero.
- **Automonitoraggio comportamentale**, i membri della famiglia hanno registrato una stima giornaliera della frequenza di due categorie di comportamenti che adottavano nei confronti dei bambini con disabilità: punitivi - ostili (ad esempio urla, punizioni, insulti o aggressioni), e di supporto-compagnia (ad esempio, aiuto, condivisione del tempo libero e riconoscimenti o complimenti). Per stimare la frequenza è stata utilizzata una scala di tipo Likert, con valori da 0 (mai) a 4 (sempre). I partecipanti hanno completato l'automonitoraggio giornaliero, a partire da una settimana prima dell'intervento, fino a una settimana dopo l'intervento, ottenendo un totale di 4 misure.

PROCEDURA:

L'applicazione del protocollo di intervento breve (9 ore), è stata svolta in tre sessioni di 3 ore a settimana.

Di seguito la descrizione del protocollo di intervento dello studio di Lobato e colleghi del 2022.

Metodi terapeutici	Valori di accettazione e defusione	Processi terapeutici			Sessioni		
		Impegnato Azione	Contatto con Presente	Sé come Contesto	1	2	3
Promuovere la disperazione creativa: un esercizio esperienziale per valutare la efficacia dello stress repertori di coping.	X					X	
Metafora dell'"uomo nella buca" [26]							
"La metafora della bussola" [41]		X	X				X
Esercizio esperienziale: Che tipo di Voglio essere madre o padre?							
Esercizio esperienziale: cosa posso fare questa settimana per muoversi verso il tipo che tipo di genitore voglio essere?							
Esercizio di osservazione [26]				X		XXX	

Metodi terapeutici	Valori di accettazione e defusione	Processi terapeutici			Sessioni		
		Impegnato Azione	Contatto con Presente	Sé come Contesto	1	2	3
Compiti: implementazione azioni impegnate e autovalutazione.		X				XXX	
Esercizio: Chiarire i valori su famiglia/genitorialità; valutazione della importanza e orientamento al valore su una scala da 0 a 10.		X					X
Esercizio esperienziale: Emozione Consapevolezza attraverso fisicizzazione [42]	X						X
Metafora di "Joe il barbone" [26]							
"Passeggeri sull'autobus" metafora [26]	X					XX	
Esercizio esperienziale: Consapevolezza respirazione [42]			X				XX
Compiti: praticare la consapevolezza esercizi di respirazione (registrazione audio)				X			XXX
Esercizio esperienziale: I nostri valori come genitori. Condividere i valori su in cui articolo le mie azioni.		X					
Identificare le azioni di valore nel presenza di interno ed esterno barriere. Esercizio esperienziale: "Quando... Allora".							X
Esercizio esperienziale: "Il punto di scelta" [42]							X

I questionari sono stati somministrati prima dell'intervento (pretrattamento), una settimana dopo il suo completamento (post-trattamento) e due mesi dopo (follow-up).

Inoltre, i partecipanti hanno compilato i loro quaderni di lavoro, hanno svolto le attività programmate, hanno partecipato volontariamente e hanno firmato il modulo di consenso informato.

RISULTATI:

È stata osservata nella scala totale media dei partecipanti una tendenza decrescente nell'inflessibilità psicologica, nello stress percepito, nel disagio psicologico e nella soppressione dei pensieri indesiderati. Tutti i punteggi medi su scale principali e le sottoscale hanno mostrato cambiamenti statisticamente significativi nella direzione prevista, ad eccezione della valutazione pre-post della sottoscala 6-PAQ (azioni), delle scale PSS-14 e GHQ-12. In tutti i casi, e indipendentemente dalle statistiche significatività, le scale e le sottoscale offrivano dimensioni dell'effetto da medie a grandi.

Gli stessi risultati sono stati osservati nella fase di follow-up a distanza di due mesi. Si è notato che con il passare del tempo, i risultati delle prestazioni dei partecipanti sono migliorati. Le differenze statistiche osservate tra le fasi precedenti e successive all'applicazione del protocollo sono state mantenute, e la significatività statistica è stata raggiunta anche nei test che non l'avevano raggiunta prima (sottoscala "azioni" del 6-PAQ, PSS-14 E GHQ-12).

I risultati mostrano che i cambiamenti osservati sono persistiti almeno due mesi dopo l'implementazione del protocollo e l'effetto dell'intervento è aumentato nel tempo.

Dunque, il trattamento ha portato a cambiamenti comportamentali nelle variabili:

- 6-PAQ (flessibilità psicologica) nel 63,8% dei partecipanti al post e nel 66,6% al follow-up;
- PSS-14(stress percepito), nel 36% dei partecipanti al post e nel 61,1% al follow-up;
- GHQ (salute psicologica), nel 25% al post e nel 55,5% al follow-up;
- WBSI (soppressione di pensieri indesiderati), nel 52,7% dei partecipanti al post e nel 58,3% al follow-up.

Il cambiamento osservato ha comportato un aumento della flessibilità psicologica, a una diminuzione dello stress percepito, un miglioramento della salute psicologica e una tendenza a ridurre la soppressione di pensieri spiacevoli dopo il programma. Un cambiamento statisticamente significativo è stato osservato dopo il programma di intervento anche per quanto riguarda i repertori di interazione sia per i comportamenti di supporto/accompagnamento sia per i comportamenti

punitivi/ostili. Per quanto riguarda i comportamenti punitivi/ostili, si osserva una diminuzione delle risposte; analogamente alle interazioni di supporto/compagnia, i cambiamenti più significativi si sono verificati nell'ultima settimana di intervento.

DISCUSSIONE

L'intervento basato sull'ACT per i genitori di bambini con disabilità è stato seguito da una significativa riduzione dell'inflessibilità psicologica, dello stress, e della soppressione del pensiero indesiderato, mentre vi è stato un aumento del benessere psicologico. I cambiamenti nelle variabili di flessibilità psicologica e soppressione del pensiero sono statisticamente significativi sia dopo l'intervento sia al follow-up, dove la significatività statistica è stata raggiunta per tutte le variabili studiate.

Inoltre, sono aumentate le risposte di interazione supporto-compagnia e sono diminuite in modo statisticamente significativo quelle ostili-punitive. E' stato osservato l'effetto immediato del programma sulle variabili relative alla sfera psicologica *flessibilità* e *soppressione di pensieri spiacevoli* rispetto alle variabili legate a *stress* e *salute psicologica* che hanno raggiunto un' efficacia discreta durante la fase di follow-up, in linea con le ipotesi ACT, secondo cui i familiari delle persone con disabilità vivono con fattori di stress che non possono essere cambiati o risolti, sia a causa del complesso quadro clinico che riguarda la disabilità intellettiva sia perché il cambiamento comportamentale è più lento rispetto a il gruppo di persone senza disabilità. Pertanto, gli esercizi ACT sono progettati per addestrare le persone per affrontare in modo più funzionale e flessibile i fattori di stress quotidiani e apparire più efficace nel medio-lungo termine. Questa è una delle differenze fondamentali rispetto ai trattamenti CBT standard per lo stress genitoriale, che hanno mostrato effetti immediati post-trattamento, che non si sono poi protratti nel tempo. La maggior parte degli interventi comportamentali rivolti ai genitori cerca di insegnare loro delle strategie più funzionali per gestire il comportamento dei bambini con disabilità. Gli interventi ACT invece, non si concentrano solo su come i genitori possono agire nei confronti del bambino, ma anche sul miglioramento del loro benessere e della loro salute, fornendo loro strategie per interagire in modo più flessibile (attraverso i loro diversi processi) con i loro eventi privati, orientandoli verso una genitorialità di valore. Agire sullo stress di un genitore che deve crescere un figlio con disabilità può migliorare il rapporto con le situazioni spiacevoli che ne conseguono e questo può influenzare positivamente anche il comportamento del bambino diagnosticato, poiché esiste una relazione

ciclica tra lo stress dei genitori e i problemi comportamentali del bambino, quindi interrompere questo ciclo diventa una priorità clinica nel trattamento dei bambini con disabilità.

L'integrazione di programmi di riduzione dello stress prima o contemporaneamente alla formazione sulla gestione del comportamento per i genitori ha effetti sommativi sui risultati. I genitori risponderebbero con comportamenti meno punitivi, con conseguente miglioramento comportamentale ed emotivo per il bambino diagnosticato. Aiutare i genitori a comprendere i propri valori, dai quali desiderano orientare la genitorialità, può essere estremamente produttivo. Man mano che i caregiver intraprendono azioni impegnate (regolate verbalmente), saranno probabilmente rafforzate dalle conseguenze dirette fornite dal contesto, come il miglioramento dei bambini, un aumento della gioia condivisa del sistema familiare e un rafforzamento delle relazioni familiari.

LIMITI

Questo studio clinico presenta ancora limiti significativi. Per ciò che concerne il campionamento, sicuramente l'aggiunta di un numero ancora maggiore di partecipanti renderebbe i risultati più generalizzabili. Inoltre, i partecipanti erano principalmente donne adulte, per le quali la formazione sembra essere particolarmente efficace. Tuttavia, ricerche future dovrebbero valutare se questo stesso programma funziona in un campione composto principalmente da padri.

In secondo luogo, per quanto riguarda il disegno sperimentale, l'assenza di un gruppo di controllo nello studio potrebbe limitare la validità dei risultati.

In terzo luogo, la gravità della disabilità, il tipo di compromissione o le manifestazioni comportamentali possono influenzare i risultati e distorcere l'efficacia differenziale del programma di intervento o l'entità dei suoi effetti. Per questo motivo, in studi futuri, sarebbe interessante considerare la diagnosi o effettuare un'analisi individualizzata soggetto per soggetto per determinare l'effetto del programma, a seconda del tipo di diagnosi.

In quarto luogo, lo stesso ricercatore che ha progettato la ricerca è stato quello che ha applicato il protocollo di intervento e ha effettuato l'analisi dei dati. Sarebbe interessante per la ricerca futura se il terapeuta fosse una persona diversa, cercando di eliminare il più possibile il bias dell'osservatore o l'effetto placebo.

In quinto luogo, come in altri studi che valutavano il cambiamento nelle interazioni a seguito di programmi di parent training, questo studio ha utilizzato una misura self-report (soggettiva) e nessuna formazione precedente sull'osservazione comportamentale, il che potrebbe aver influito

sull'affidabilità dei dati. Oltre all'uso di questi strumenti, l'aggiunta di misure oggettive o questionari standardizzati (ad esempio, la CBCL: Child Behaviour Checklist) e/o una formazione precedente sulla corretta registrazione delle interazioni potrebbero essere un fattore di miglioramento dello studio. In sesto luogo, sarebbe interessante aggiungere una valutazione delle interazioni durante la fase di follow-up (ad esempio, a 6 o 12 mesi) per verificare se i repertori registrati dopo l'intervento vengono mantenuti nel tempo.

CONCLUSIONI

I risultati del programma suggeriscono una diminuzione dell'inflessibilità psicologica, una riduzione dello stress percepito, un miglioramento del benessere psicologico e una ridotta tendenza a reprimere i pensieri dopo l'intervento, soprattutto al follow-up. Tali risultati possono indicare che l'intervento sulla flessibilità psicologica potenzi le capacità di rispondere in modo più flessibile agli eventi privati avversivi derivanti dall'educazione di un figlio con disabilità. Può promuovere la diminuzione dei comportamenti repressivi e orientare l'interazione verso i valori genitoriali, concentrandosi sul rinforzo a medio e/o lungo termine. Per quanto riguarda i cambiamenti osservati nell'interazione con bambini con diagnosi di disabilità, nel presente studio si è osservato un aumento significativo delle interazioni di supporto/accompagnamento e una significativa diminuzione delle interazioni punitive/ostili dopo la seconda settimana di formazione, riducendo i circoli viziosi dell'aggressività. Questo effetto è stato particolarmente evidente perché il protocollo di intervento non includeva una formazione specifica sulle competenze per la gestione dei comportamenti dirompenti.

Pertanto, a differenza dei tradizionali programmi di modifica del comportamento che si concentrano su specifiche competenze di gestione comportamentale, la formazione alla flessibilità psicologica dei genitori potrebbe produrre effetti sommativi ed estesi in tali programmi.

BIBLIOGRAFIA

- Biglan, A., Hayes,S.C., Pistorello,J.(2008). Acceptance and commitent: Implications for prevention science. *Prevention Science, 9*, 139-152.
- Hayes, SC, Luoma, JB, Bond, FW, Masuda, A. e Lillis, J. (2006). Terapia dell'accettazione e dell'impegno: modello, processi e risultati. *Ricerca comportamentale e terapia, 44*(1), 1–25.
- Hayes, S.C Levin, M.E., Plumb-Vilardaga,J., Villatte,J.L., & Pistorello,J. (2013). Acceptance and commitent therapyand contextual behavioral science: examining the processing of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180-198.
- Harper, A., Dyches, T. T., Harper, J., Roper, S. O., & South, M. (2013). Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 43*(11), 2604-2616.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American journal on mental retardation.*
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P (2005). Acceptance and Commitent Therapy for Anxiety Disorders: a Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change. *Oakland, CA: New Harbinger and Psychosomatics.*
- Emerson E e Einfeld S (2010. Difficoltà emotive e comportamentali nei bambini piccoli con e senza ritardo dello sviluppo: una prospettiva binazionale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 51*(5): 583–593.
- Essex, E. L., Seltzer, M. M., & Krauss, M. W. (1999). Differences in coping effectiveness and well-being among aging mothers and fathers of adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 104*(6), 545-563.

Lee, G. K. (2009). Parents of children with high functioning autism: How well do they cope and adjust? *Journal of developmental and physical disabilities*, 21(2), 93-114.

Lobato, D.; Montesinos, F.; Polín, E.; Cáliz, S (2022). Acceptance and Commitment Training Focused on Psychological Flexibility for Family Members of Children with Intellectual Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

John E. Lochman, Karen Wells e Lisa A.Lenhart (2008). Coping Power: Child Group Program – Facilitator Guide and Workbook and Parent Group Program.

Totsika V, Hastings RP, Emerson E, et al. (2011a). Problemi comportamentali a cinque anni di età e salute mentale materna nell'autismo e nella disabilità intellettiva. *Journal of Abnormal Child Psychology* 39(8): 1137–1147.

Totsika V, Hastings RP, Emerson E, et al. (2011b). Un'indagine basata sulla popolazione sui problemi comportamentali ed emotivi e sulla salute mentale materna: associazioni con autismo e disabilità intellettiva. *Rivista di psicologia e psichiatria infantile* 52(1): 91–99.

Willoughby, J. C., & Glidden, L. M. (1995). Fathers helping out: shared child care and marital satisfaction of parents of children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*.