

LA QUALITÀ DI VITA NELLA DISABILITÀ E NELLA SALUTE MENTALE

ABSTRACT

La qualità di vita (QdV) è un paradigma chiave nella disabilità e nella salute mentale perché supera la riduzione della cura a esiti clinici e funzionali, includendo dimensioni soggettive, relazionali e valoriali. Tra queste, la spiritualità è stata storicamente trascurata, soprattutto nelle persone con disabilità del neurosviluppo e importanti difficoltà cognitive e comunicative, a causa di pregiudizi teorici e di difficoltà di misurazione. L'articolo esplora, in prospettiva bio-psico-sociale-spirituale, il legame tra spiritualità e QdV, assumendo come riferimento i modelli e le evidenze presentate in un capitolo dedicato all'interno del volume *La qualità di vita nella disabilità e nella salute mentale (2025)*. Viene mostrato come la spiritualità, intesa come ricerca di senso, scopo, connessione e apertura al trascendente, costituisca un determinante rilevante del benessere globale e possa influenzare salute mentale e fisica, resilienza, coping, inclusione sociale e percorsi di recovery. Il concetto di Benessere Spirituale (BSp) è discusso come costruito operativo e misurabile, con attenzione a strumenti e domini (SWBS; WHOQOL-SRPB) e ai limiti della loro applicazione nelle disabilità del neurosviluppo. Si approfondisce inoltre il ruolo di famiglie, servizi, operatori e comunità di fede come mediatori dell'accesso alla spiritualità e della sua traduzione in opportunità concrete di vita buona. Si conclude proponendo una cornice pratica e culturale per integrare la dimensione spirituale nei progetti personalizzati e nelle comunità, come esigenza scientifica ed etica.

Nel lessico della salute e delle politiche sociali, "qualità di vita" (QdV) è diventata una parola-ponte: collega la clinica con l'etica, la riabilitazione con la quotidianità, la misurazione con il significato. In particolare nel campo della disabilità e della salute mentale, essa funziona come correttivo a due rischi speculari. Il primo è la riduzione della persona a diagnosi e sintomi, come se la vita potesse essere descritta integralmen-

te da un elenco di deficit. Il secondo è la tentazione opposta: parlare di benessere in modo vago, disancorato da evidenze, senza criteri e senza responsabilità. Il paradigma della QdV nasce proprio per stare nel mezzo: riconoscere la complessità dell'esperienza umana e, nello stesso tempo, renderla osservabile, progettuale, valutabile (Brown et al., 1997; Cummins, 1997a).

Il volume *La qualità di vita nella disabilità e nella salute mentale* di Bertelli e Bianco (2025), si colloca pienamente in questa traiettoria culturale e scientifica, proponendo una visione complessa e profondamente umana del benessere, capace di tenere insieme limiti e desideri, vulnerabilità e dignità, oggettività e vissuto soggettivo.

Fin dalle pagine introduttive, il testo invita a un cambio di paradigma: non si tratta più di inseguire un'idea astratta di felicità o di normalità, ma di interrogarsi su che cosa renda una vita degna di essere vissuta per quella persona concreta, in quel contesto specifico, con quelle risorse e quelle fragilità. In questa prospettiva, la qualità di vita non è un traguardo da raggiungere, bensì un processo dinamico, un equilibrio sempre provvisorio tra bisogni universali e significati personali.

È proprio all'interno di questo quadro che emerge con forza la dimensione della spiritualità. Non come elemento accessorio, né come semplice espressione di religiosità, ma come dimensione costitutiva della qualità di vita, soprattutto quando la vita è segnata dalla disabilità o dalla sofferenza psichica. La spiritualità, intesa come ricerca di senso, di connessione e di valore ultimo, attraversa trasversalmente tutte le altre dimensioni della qualità di vita e ne costituisce, spesso, il fondamento silenzioso.

Anticipare già in questa sede il ruolo della spiritualità significa riconoscere che, laddove vengono meno le certezze, le autonomie e le prestazioni, la domanda di senso non scompare, ma si intensifica. È proprio nei territori della fragilità che la spiritualità rivela la sua funzione essenziale: custodire il significato della vita quando essa non corrisponde più ai modelli dominanti di successo, efficienza o indipendenza.

Il capitolo 7 del volume, dedicato a "Qualità di vita e spiritualità", mette in luce come la spiritualità sia da sempre intrecciata al benessere mentale e come, in epoca contemporanea, abbia ampliato i suoi confini oltre la religiosità istituzionale, includendo ricerca di senso, scopo, connessione e relazione con il sacro o il trascendente (Cooper-Effa et al., 2001; Estanek, 2006; Swinton, 2001, 2002). Da questa base, qui si sviluppa una riflessione più ampia: se la QdV è davvero centrata sulla persona, non può ignorare ciò che per molte persone "tiene in piedi" la persona stessa.

La spiritualità come significato esistenziale e relazionale nel percorso di sviluppo personale

Per comprendere il legame tra spiritualità e QdV è utile chiarire di che cosa parliamo quando diciamo "spiritualità". Una delle trasformazioni più significative degli ultimi decenni consiste proprio nello spostamento da una definizione riduttiva, centrata esclusivamente su pratiche e dottrine religiose, a una definizione più ampia che include il modo in cui la persona cerca significato, coerenza e appartenenza (Cooper-Effa et al., 2001; Estanek, 2006).

Swinton ha descritto la spiritualità come un movimento umano verso senso e scopo, una conoscenza che non si esaurisce nel "sapere" ma coinvolge relazioni significative, amore, valore assoluto e percezione del sacro che circonda la vita (Swinton, 2001, 2002). In questa definizione c'è un punto essenziale: spiritualità non è un settore della vita

separato dal resto; è un modo di abitare il resto. È la qualità del rapporto con sé, con l'altro, con il mondo, con il limite, con il mistero.

Per questo, la celebre affermazione attribuita a Teilhard de Chardin – “non siamo esseri umani che fanno un’esperienza spirituale, ma esseri spirituali che fanno un’esperienza umana” – viene spesso richiamata per sottolineare che la spiritualità non si aggiunge dall’esterno, ma attraversa la struttura dell’umano (Furey, 1993). In termini psicologici, Emmons ha parlato di spiritualità come “ricerca del sacro”: un processo dinamico con cui la persona tenta di comprendere e connettersi con il divino o con ciò che percepisce come trascendente (Emmons, 1999). In ambito clinico e palliativo, Puchalski e colleghi hanno insistito sul fatto che la spiritualità riguarda il modo in cui si cercano e si trovano significato ultimo, scopo e connessione, anche con un potere trascendente (Puchalski et al., 2014).

Queste definizioni convergono su un punto: spiritualità come spazio della domanda di senso e della relazione. È una dimensione che può essere vissuta in forma confessionale, ma anche in forme non confessionali, attraverso valori, appartenenze, pratiche di cura, esperienze di meraviglia, riconciliazione, speranza. In una prospettiva più recente e “laica”, autori come Brené Brown hanno mostrato come vulnerabilità, autenticità e connessione siano luoghi in cui la spiritualità può emergere anche senza linguaggio religioso, perché toccano l’intimità del valore e dell’appartenenza (Brown, 2010). La spiritualità non è un privilegio di chi “crede molto”, ma una possibilità che attraversa l’umano in quanto umano (Egan, 2010).

Una delle intuizioni più feconde, quando si collega spiritualità e QdV, è che la spiritualità diventa particolarmente rilevante nelle “transizioni” della vita: passaggi, fratture, perdite, momenti in cui ciò che era stabile non lo è più. Disabilità, malattia mentale, cambiamenti di ruolo, lutti, ingresso o uscita da servizi, evoluzioni del quadro clinico, invecchiamento: sono tutte transizioni che, oltre ai bisogni pratici, riattivano domande di senso.

Sul piano della QdV, questo significa che non basta intervenire su variabili esterne se non si intercetta il modo in cui la persona interpreta ciò che vive. Due persone con condizioni simili possono descrivere livelli molto diversi di qualità di vita: la differenza spesso non sta solo nelle risorse materiali, ma nel modo in cui la vita viene letta come ancora degna, ancora abitabile. In queste differenze, la spiritualità agisce come cornice di significato, come sostegno di identità, come generatrice di speranza e di appartenenza.

Spiritualità: considerazioni storiche e implicazioni interventistiche

Per capire l’urgenza attuale di integrare spiritualità e QdV, bisogna riconoscere una storia di rimozione. Nel campo della salute mentale, la spiritualità è stata a lungo marginalizzata anche per ragioni storiche e teoriche. A cavallo tra XIX e XX secolo, alcune interpretazioni della religione come fenomeno patologico o regressivo hanno contribuito a separare religiosità/spiritualità e pratica clinica. Questa separazione è stata rafforzata da approcci istituzionalizzanti e medicalizzanti, concentrati sui deficit e poco sensibili alle dimensioni esistenziali dell’esperienza (Koenig, 2009).

Nel caso delle disabilità del neurosviluppo, la rimozione è stata ancora più marcata. Si è spesso presunto che la spiritualità richiedesse pensiero astratto e linguaggio simbolico complesso. Ne è derivato un pregiudizio “cognitivistico”: se una persona ha compromissioni intellettive significative, allora non avrebbe accesso a dimensioni interiori, trascendenti o intangibili (Swinton, 1997). Su questa base, molti interventi in contesti di disabilità mo-

derata-grave si sono orientati quasi esclusivamente agli aspetti materiali del benessere (alimentazione, movimento, routine piacevoli), come se la “vita buona” coincidesse con la somma di soddisfazioni immediate. Il risultato è che, per molte persone, la spiritualità non è stata semplicemente ignorata: è stata resa invisibile.

Negli ultimi vent’anni, però, il quadro è cambiato. Una “inversione di tendenza”: cresce l’interesse scientifico per il ruolo della spiritualità nei processi psicologici, grazie a evidenze empiriche sulla sua funzione protettiva e a un cambiamento di paradigma verso una visione più integrata della persona, descrivibile come modello bio-psico-sociale-spirituale (D’Souza, 2007; Büssing & Koenig, 2010; Lassi & Mugnaini, 2015). Anche il movimento per i diritti delle persone con disabilità ha contribuito a spostare l’attenzione dalla “*restitutio ad integrum*” al garantire opportunità in tutte le dimensioni della vita, incluse quelle valoriali e spirituali.

Un tema particolarmente delicato riguarda il modo in cui la dimensione religione-spiritualità può incidere sia sulla vulnerabilità ai disturbi psichiatrici, sia sulla qualità della valutazione clinica. Da un lato, alcune evidenze suggeriscono che spiritualità e religiosità possano essere associate a minore rischio o minore gravità di depressione e abuso di sostanze, e in generale a una migliore capacità di coping; dall’altro, esistono situazioni in cui esperienze spirituali intense possono essere confuse con fenomeni psicotici o dissociativi, soprattutto quando la valutazione clinica non è culturalmente competente (Koenig et al., 2001; Koenig et al., 2012).

L’integrazione della dimensione spirituale nella prevenzione e nei trattamenti può migliorare esiti e benessere, ma richiede competenza, dialogo e capacità di distinguere esperienza spirituale da psicopatologia senza riduzionismi (Koenig et al., 2001; Koenig et al., 2012).

Le persone con disabilità del neurosviluppo presentano, in media, una maggiore vulnerabilità psicologica rispetto alla popolazione generale (Cooper et al., 2007; Cervantes & Matson, 2015; Russell et al., 2016). Proprio per questo, appare paradossale che siano state a lungo escluse da un’attenzione sistematica alla spiritualità, che invece può agire come risorsa protettiva e come contesto di inclusione.

Il pregiudizio più diffuso è che una compromissione intellettuale severa impedisca di comprendere contenuti interiori o trascendenti. Al contrario, la spiritualità non risulta essere necessariamente legata al pensiero astratto, ma può essere radicata in dimensioni emotive, relazionali e morali. Centrale è la ridefinizione contemporanea dell’intelligenza: non solo logico-deduttiva, ma anche emotiva, sociale, morale. Secondo questa prospettiva, proprio le capacità emotive e morali potrebbero essere condizioni cruciali per l’esperienza spirituale, mentre l’astrazione logica non sarebbe né sufficiente né necessaria (Scuticchio & Bertelli, 2015).

Qui si apre un punto decisivo per la QdV: se gli operatori e le comunità non possiedono categorie interpretative per riconoscere la spiritualità non verbale o non concettuale, rischiano di privare la persona di opportunità e di linguaggi attraverso cui esprimere pace, appartenenza, fiducia.

Benessere Spirituale: un ponte operativo fra spiritualità e qualità di vita

Per integrare la spiritualità nella QdV in modo scientificamente robusto, Bertelli e colleghi (2025) valorizzano il concetto di Benessere Spirituale (BSp). L’idea è semplice e potente: se la spiritualità incide sulla QdV, occorre un linguaggio operativo per descriverla e, quando possibile, misurarla. Il BSp viene inteso come capacità della persona di

vivere la propria spiritualità in modo attivo e coerente, lungo traiettorie che dipendono dal contesto socioculturale (Imam et al., 2009).

La letteratura, in modo ampiamente convergente, descrive il BSp con due dimensioni: una verticale, orientata a un'entità o potere superiore, e una orizzontale, orientata a obiettivi, soddisfazioni e relazioni (Ellison, 1983; Cooper-Effa et al., 2001; Monod et al., 2011).

Questa distinzione è preziosa anche clinicamente, perché permette di riconoscere che una persona può avere un forte benessere esistenziale anche senza una forte religiosità confessionale, e viceversa. In termini di QdV, significa che pace interiore, speranza e senso possono essere coltivati attraverso vie diverse.

Tuttavia, l'applicazione di tali strumenti alle persone con disabilità del neurosviluppo resta ancora limitata, evidenziando un'importante area di sviluppo per la ricerca futura.

Strumenti come la Spiritual Well-Being Scale e il WHOQOL-SRPB hanno consentito di misurare questa dimensione in modo sistematico, mostrando forti correlazioni con il benessere psicologico, la salute mentale e la soddisfazione di vita.

La Spiritual Well-Being Scale (SWBS) è uno degli strumenti più diffusi nella letteratura, sviluppato per misurare la percezione della "QdV spirituale" e articolato in benessere religioso (rapporto con Dio) e benessere esistenziale (soddisfazione di vita e contesto) (Paloutzian & Ellison, 1982; Moberg, 1971; Moberg & Brusek, 1978; Moberg, 1979; Boivin et al., 1999). Le qualità psicometriche sono state considerate solide e lo strumento è stato adattato in molti paesi (Phillips et al., 2006; Koenig & Cohen, 2002; Musa & Pevalin, 2012; Paloutzian et al., 2012). Questo conferma che la spiritualità può essere trattata con serietà scientifica, senza "spiritualizzare" la scienza.

Un passaggio chiave è il ruolo dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS). Nello sviluppo degli strumenti WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, la spiritualità è stata inclusa tra i domini rilevanti grazie a focus group interculturali. Inoltre, l'OMS ha riconosciuto la necessità di uno strumento dedicato, capace di valutare spiritualità, religiosità e credenze personali in modo interculturale: nasce così il WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2006). Qui la spiritualità non è ridotta a religione: include attribuzione di significato alla vita, "awe" (stupore e timore reverenziale), senso di completezza, integrazione, speranza, pace interiore, ottimismo, armonia (WHOQOL-SRPB Group, 2006). Fleck e Skevington chiariscono che, ad esempio, la pace interiore è definita come esperienza che nasce nella persona e può essere legata alla relazione con Dio, ma anche a principi trascendenti o a valori morali (Fleck & Skevington, 2007).

È importante sottolineare un limite: gli strumenti SWBS e WHOQOL-SRPB sono stati usati raramente con persone con disabilità del neurosviluppo, con dati che spesso derivano da campioni generali (WHOQOL-SRPB Group, 2006). Qui, dunque, emerge una sfida cruciale. Se la misurazione richiede autovalutazione verbale e riflessiva, come possiamo includere efficacemente chi comunica in modo diverso o non verbale? La risposta non è rinunciare alla dimensione spirituale, ma esige invece di innovare i metodi di valutazione, di adattare i linguaggi e di integrare l'osservazione partecipata e i *proxy* informati, garantendo che la voce della persona sia preservata.

Un dettaglio significativo riguarda anche il Personal Wellbeing Index (PWI). In alcune versioni la spiritualità è stata introdotta come dominio opzionale e poi rimossa perché non risultava rilevante per un numero significativo di persone (International Wellbeing Group, 2013). Questo dato non suggerisce che la spiritualità sia irrilevante in assoluto; suggerisce piuttosto che la rilevanza è culturalmente e personalmente variabile e che gli strumenti devono essere sensibili a tale variabilità.

Modelli di qualità di vita e spiritualità: evidenze di impatto e correlazioni trasversali

Nonostante l'ampio riconoscimento della sua crucialità, la collocazione teorica della spiritualità all'interno dei modelli di QdV è tutt'altro che univoca. La sua inclusione e il suo peso concettuale variano significativamente a seconda dell'impianto adottato.

Nel modello della Quality of Life Research Unit di Toronto, l'“Essere Spirituale” è un'area principale, dentro la macroarea dell'Essere insieme all'Essere Fisico e Psicologico (Brown et al., 1997). La spiritualità è articolata su più livelli: personale (ciò che si sente dentro), relazionale (significato delle relazioni intime), secolare (principi immanenti come umanità o nazione), sacro (principi trascendenti come natura o Dio) (Renwick & Brown, 1996; Liégeois, 2014). Questo impianto è particolarmente prezioso per le disabilità del neurosviluppo perché consente di riconoscere spiritualità anche in forme non confessionali e non verbali.

Il modello valuta la QdV spirituale incrociando importanza attribuita e soddisfazione percepita. Ne deriva una conseguenza pratica: punteggi bassi non dipendono solo da “poca spiritualità”, ma spesso da uno squilibrio tra quanto una dimensione conta e quanto viene soddisfatta. In altre parole, se per una persona la spiritualità è importante ma non ha accesso a esperienze spirituali, la QdV spirituale sarà bassa e ciò può avere ricadute su tutta la QdV. Questo è un punto etico: l'esclusione spirituale diventa una forma di privazione.

Altri modelli trattano la spiritualità come dominio aggiuntivo, non centrale. Ad esempio, nel ComQol-I5 e nel PWI-ID, la spiritualità/religione è considerata opzionale o aggiuntiva, e alcune analisi hanno suggerito che aggiunga poca varianza rispetto ai domini principali, almeno in certi campioni e con certe modalità di misura (Cummins, 1997a; Cummins, 1997b; Cummins & Lau, 2005). Il Capitolo 7 non nega questi dati, ma implicitamente invita a leggerli con cautela: se la misura è ridotta, se gli item sono pochi, se la spiritualità è culturalmente espressa in modo differente, la “poca varianza” può essere un artefatto metodologico più che un verdetto antropologico.

Infine, alcuni strumenti derivati dal modello di Schalock e Verdugo non includono la spiritualità come dominio specifico; al massimo, la religione appare come sotto-indicatore dentro il benessere emotivo o altre aree (Schalock & Verdugo, 2002). Questo quadro comparativo dice una cosa: la spiritualità è riconosciuta, ma la sua collocazione teorica è ancora instabile. E quando una dimensione è teoricamente instabile, spesso rischia di essere praticamente trascurata.

Una mappatura sistematica condotta da Bertelli e collaboratori sul rapporto tra spiritualità e QdV nei modelli e negli strumenti per DI e ASD con marcate difficoltà cognitive e comunicative (Bertelli et al., 2020) ha indagato tre questioni: come l'approccio QdV viene applicato alla spiritualità, quale impatto la spiritualità ha sulla QdV, quali strumenti di misurazione vengono usati. I risultati, coerenti con la letteratura generale, indicano che spiritualità e QdV sono fortemente connesse e che la spiritualità può avere impatto significativo sulla vita delle persone con DI e/o ASD in diverse culture (Brown & Brown, 2009). Studi che utilizzano strumenti includenti spiritualità, come BASIQ, hanno riportato correlazioni robuste tra l'area dell'essere spirituale e molte altre aree della QdV, in particolare essere fisico, essere psicologico, sviluppo personale e relazioni (Brown et al., 1997; Bertelli et al., 2010; Bertelli et al., 2016). Questo dato è decisivo: la spiritualità non “sta a parte”, ma dialoga con corpo, mente e relazioni. Se cambia la spiritualità, spesso cambiano anche motivazione, autostima, partecipazione, umore; e viceversa.

Il volume di Bertelli e Bianco riporta anche un'ipotesi interessante: la spiritualità potrebbe essere, per queste persone, persino più importante che nella popolazione generale, come elemento centrale di un sottosistema culturale trasversale alle culture etniche, in cui alcune componenti sono meno ricche o meno articolate, e dunque la spiritualità può fungere da asse di integrazione (Crotty & Doody, 2016). Questa non è una glorificazione romantica della disabilità; è un invito a riconoscere che in alcune traiettorie di vita, dove molte possibilità sono limitate, le dimensioni interiori e relazionali acquistano un peso specifico maggiore.

Impatto sulla salute mentale e fisica: cosa suggeriscono le evidenze

Nel discutere il rapporto tra spiritualità e qualità di vita, gli autori richiamano un filone di studi che collega il benessere spirituale a diversi indicatori di salute e adattamento. In sintesi, punteggi più elevati di benessere spirituale tendono ad associarsi a risorse personali come orientamento agli scopi, energia motivazionale e valutazione positiva di sé, oltre che a una maggiore partecipazione a pratiche religiose; al contrario, emergono legami inversi con esperienze di isolamento e con forme più marcate di ripiegamento individualistico (Paloutzian & Ellison, 1982). In prospettiva interculturale, il fatto di attribuire importanza alla dimensione spirituale e di percepirla come sufficientemente soddisfacente si accompagna spesso a profili complessivi migliori di benessere, sia sul versante psicologico sia su quello fisico (Johnstone & Yoon, 2009). La letteratura citata suggerisce inoltre possibili ricadute su aree eterogenee – dall'equilibrio emotivo e dai processi di autoregolazione fino a aspetti legati allo stress e alla fisiologia – includendo indicatori riferiti a immunità, assetti neuroendocrini, rischio psicopatologico e, in alcuni studi, parametri di salute cardiovascolare (McIntosh & Spilka, 1990; Unterrainer et al., 2014).

Il volume sottolinea che la ricerca è più ampia per salute mentale che per salute fisica e richiama una sintesi: una grande quota di studi avrebbe trovato associazioni tra coinvolgimento spirituale e minore prevalenza di disturbi mentali, mentre una minoranza avrebbe osservato relazioni opposte (Bonelli & Koenig, 2013). Inoltre, alcuni dati suggeriscono che i benefici siano più legati all'intensità della fede/pratica che al tipo di religione, in campioni multireligiosi.

Qui è importante mantenere un equilibrio interpretativo: correlazione non significa causalità. Tuttavia, anche senza proclamare "la spiritualità cura", possiamo sostenere un'affermazione più prudente ma robusta: spiritualità e QdV tendono a muoversi insieme in molte traiettorie di vita, e ignorare questa relazione significa perdere una leva rilevante di benessere.

In un ampio studio (oltre 5.000 persone) dell'OMS, i punteggi SRPB hanno mostrato correlazioni significative con tutti i domini della QdV WHOQOL; le più forti con QdV generale, benessere psicologico e socializzazione. In analisi di regressione, la spiritualità risultava tra i domini che spiegavano quota rilevante di varianza della QdV (WHOQOL-SRPB Group, 2006). Sono riportate anche differenze di genere e istruzione: donne con punteggi psicologici più bassi ma maggiore fede/spiritualità; persone con minore istruzione più orientate alla fede ma meno propense alla speranza. È interessante anche l'accettabilità: la valutazione della spiritualità veniva percepita come utile soprattutto in condizioni di grave malattia o rischio di sopravvivenza (WHOQOL-SRPB Group, 2006). In altre parole: quando la vita è "al limite", la spiritualità non è un lusso, ma un bisogno.

Confrontando spiritualità e impatto nella vita tra persone con disabilità e senza disabilità, emergono più analogie che differenze (Taylor et al., 2014). Questo punto è decisivo per la cultura dell'inclusione: non stiamo parlando di una spiritualità "altra", minore o "semplificata", ma di una spiritualità umana, spesso espressa con linguaggi diversi.

La mappatura e altri studi citati segnalano impatti positivi su benessere e QdV, su salute fisica (minore prevalenza di disturbi; maggiore aspettativa di vita), su prospettiva di vita e percezione di sé e degli altri (Selway & Ashman, 1998; Scanlan & Snyder, 2010; Dellassoudas, 2000; Coulter, 2006; Glicksman, 2011). Per persone con sindrome di Down, il benessere spirituale risulta strettamente connesso a soddisfazione globale e fattori come equilibrio interiore, relazioni significative, accettazione e crescita attraverso sfide, scopi e significati, e connessione con una forza superiore (Büssing & Surzykiewicz, 2021).

Interviste dirette a persone con DI, controllate con interviste a caregiver, hanno rilevato soddisfazione per preghiera, fede interiore e partecipazione a gruppi religiosi, con ricadute sull'umore (Swinton, 1999; Liu et al., 2014). In persone cattoliche, sacramenti come battesimo, comunione e cresima sono descritti come esperienze altamente significative; molti intervistati attribuivano a spiritualità e religiosità un impatto positivo in termini di amicizia, amore, protezione e aiuto, e riferivano che la fede li aiutava a comprendere e accettare la disabilità (Liu et al., 2014). Anche l'elaborazione del lutto e la comprensione della morte possono trovare nella spiritualità una risorsa, come rilevato in studi irlandesi (McEvoy et al., 2012). Il profilo di riduzione del rischio psichiatrico riguarda soprattutto ansia, depressione, abuso di sostanze e suicidio (Johnstone et al., 2012; Bonelli & Koenig, 2013).

Tutto ciò sostiene una tesi chiave: la spiritualità non è "un tema in più" nella disabilità; è un tema che decide il modo in cui la disabilità viene vissuta come vita, non solo come condizione.

Famiglia, comunità di fede, servizi e operatori

La QdV della persona con disabilità è influenzata dal contesto familiare, ma questa relazione non è automatica né lineare. Studi mostrano che la QdV individuale e quella familiare possono divergere e che il loro intreccio riguarda soprattutto ambiti come le relazioni, il supporto sociale e dei servizi, e le condizioni materiali, confermando la complessità dei sistemi familiari (Bertelli et al., 2011a).

Sul piano spirituale emerge un paradosso rilevante: la presenza di una vita spirituale nei genitori non garantisce che vengano offerte al figlio opportunità spirituali adeguate. La nascita di un bambino con disabilità può infatti generare una crisi spirituale nella famiglia, legata al carico assistenziale e all'incertezza per il futuro (Crompton & Jackson, 2004). Al tempo stesso, livelli più elevati di spiritualità nei genitori risultano associati a una migliore qualità di vita familiare, a minore stress e a maggiori risorse di adattamento; tuttavia, non tutte le forme di religiosità hanno effetti protettivi, rendendo necessario un accompagnamento pastorale e clinico capace di riconoscerne anche le ambivalenze (Ekas et al., 2009; Shu, 2009).

Il contesto culturale funge da potente mediatore: può favorire accettazione e sostegno oppure rinforzare letture punitive della disabilità. In questo senso, sostenere la spiritualità della famiglia rappresenta una strategia indiretta ma decisiva per promuovere anche il benessere spirituale della persona con disabilità (Gaventa, 2012a).

Il volume insiste sul ruolo delle comunità di vita, dei servizi e degli operatori. La

spiritualità delle persone con DI/ASD riceve spesso attenzione insufficiente non solo nei servizi laici, ma anche nelle comunità religiose (Rogers-Dulan, 1998; Avery-Wall, 2006; Stolberg, 2008). Questo dato è coerente con rilevazioni che mostrano, in coorti reclutate da servizi residenziali e clinici, punteggi particolarmente bassi proprio nell'area del benessere spirituale (Bertelli et al., 2011a). È come se la dimensione spirituale fosse la prima a essere sacrificata quando la cura diventa gestione.

Eppure, la partecipazione alle comunità di fede può essere un potente generatore di QdV: accoglienza, qualità dei legami, attività offerte, senso di appartenenza possono trasformare pratiche e rituali in esperienze percepite come tra le più belle e benefiche della vita (Liu et al., 2014). Il volume riporta anche dati di partecipazione negli USA: su circa 13.000 adulti con disabilità, meno della metà aveva partecipato almeno una volta a funzioni religiose nel mese precedente, e poco più di un terzo aveva partecipato almeno tre volte; la partecipazione è influenzata da fattori personali e contestuali (etnia, tipo e livello di disabilità, problemi comportamentali, capacità comunicative, area di residenza, trasporti), ma resta inferiore rispetto ad altre attività sociali (Carter et al., 2015). Questo suggerisce che la barriera non è la "non spiritualità" delle persone, ma l'accessibilità.

Per alcune persone, in particolare anziane con disabilità intellettiva, il beneficio delle pratiche spirituali risiede anche nella dimensione relazionale: la comunità religiosa può costituire uno dei pochi spazi di appartenenza non fondati sulla prestazione o sulla competenza, con un impatto significativo sulla QdV (Timmins et al., 2024). Tuttavia, la possibilità di valorizzare questa dimensione dipende in larga misura dalla formazione e dalla sensibilità degli operatori, spesso limitate dalla scarsa conoscenza del significato clinico ed esistenziale della spiritualità e influenzate dal background culturale e religioso di professionisti e famiglie (Swinton, 2002; Gaventa & Coulter, 2014).

Il volume richiama infine una indicazione chiara: nel lavoro in salute mentale è essenziale rispettare valori spirituali e pratiche religiose delle persone e delle famiglie, con competenza e senza proselitismo, riconoscendo che l'autodeterminazione spirituale è parte integrante dell'autodeterminazione globale e, quindi, della qualità di vita (Dellassoudas, 2000; Moreira-Almeida et al., 2016).

Accessibilità, ruoli, formazione, alleanze e riduzionismi

Il volume dedica ampio spazio a indicazioni operative per rendere la spiritualità un'opportunità reale di qualità di vita. Ridurre le barriere alla partecipazione nelle comunità di fede richiede interventi concreti: ambienti prevedibili e non segreganti, supporti visivi, accompagnamento personalizzato e flessibilità organizzativa (Taylor et al., 2014). Un esempio particolarmente efficace è la figura del "compagno", membro della comunità che affianca la persona durante i riti non come assistente, ma come presenza fraterna, facilitando comprensione e partecipazione. In questa prospettiva, l'inclusione non è semplice ospitalità, ma riconoscimento reciproco: molte persone con disabilità possono offrire a loro volta sostegno spirituale e relazioni significative, arricchendo la comunità (McNair & Carter, 2010; Gaventa, 2012b).

Un passaggio decisivo riguarda l'attribuzione di ruoli e responsabilità. L'affidamento di compiti concreti all'interno delle comunità religiose aumenta partecipazione e senso di appartenenza, contrastando forme implicite di abilismo che escludono la persona, immaginandola solo come destinataria e non come soggetto attivo (Scanlan & Snyder, 2010). Analogamente, una lettura rigida dell'"adeguatezza" dei comportamenti durante i riti può

generare esclusione: prevedere spazi di movimento, pause e adattamenti sensoriali non è una concessione, ma un atto autentico di accoglienza, già sperimentato con successo in molte comunità europee e nordamericane (O'Brien & O'Brien, 1997; SPRED, 2016).

Sul versante dei servizi, emerge con forza il tema della formazione. La scarsa attenzione alla spiritualità da parte degli operatori ha spesso impedito di riconoscerla come leva di qualità di vita. Per questo, il volume sottolinea la necessità di includere stabilmente la dimensione spirituale nei percorsi formativi, dotando i professionisti di linguaggi e strumenti adeguati e promuovendo alleanze con le comunità di fede, in una logica di continuità tra cura e appartenenza (Swinton, 2002; Moreira-Almeida et al., 2016). Esperienze internazionali mostrano che integrare attività spirituali nella routine dei servizi e collaborare con i luoghi di culto favorisce inclusione e contrasto allo stigma, evidenziando come la spiritualità riguardi anche la cittadinanza e non solo l'interiorità (Hatton et al., 2004; Newman, 2011).

Infine, integrare spiritualità e qualità di vita richiede di evitare tre riduzionismi: quello religionistico, che identifica la spiritualità solo con la pratica confessionale; quello clinico, che la considera rilevante solo se produce miglioramenti sintomatologici; e quello cognitivista, che la nega a chi non può verbalizzarla. Il Capitolo 7 propone invece una visione plurale e incarnata della spiritualità, accessibile anche attraverso relazioni, rituali, musica e corporeità, e invita a considerare la qualità di vita spirituale come ambito che necessita di progettazione, accessibilità e riconoscimento. In questa prospettiva, l'assenza di spiritualità non va letta come mancanza individuale, ma spesso come mancanza di opportunità reali, che la responsabilità dei contesti può e deve colmare.

Riflessioni conclusive e prospettiche

La spiritualità, a lungo marginale nella disabilità del neurosviluppo e in salute mentale, sta riacquistando attenzione anche per il suo stretto rapporto con la QdV. È stata integrata in strumenti di misura e in modelli teorici; l'orientamento alla vita spirituale e la soddisfazione che ne deriva si associano a molteplici esiti positivi: dalla regolazione affettiva alla motivazione, dall'accettazione della condizione al controllo degli impulsi, dalla riduzione della vulnerabilità psicopatologica all'aumento dell'aspettativa di vita (McIntosh & Spilka, 1990; Unterrainer et al., 2014; Bonelli & Koenig, 2013). Tuttavia, resta una variabilità nei modelli: talvolta spiritualità è dominio primario, talvolta è marginalizzata. Questa variabilità teorica si riflette nelle pratiche: ciò che non è centrale nel modello spesso non è centrale nel servizio.

In questo scenario, famiglie, operatori e comunità di fede sono mediatori fondamentali. Il loro ruolo non è "aggiungere religione", ma rendere possibile un bene essenziale: che la persona possa vivere senso, appartenenza, speranza e pace, secondo il proprio linguaggio e la propria storia. Questo si traduce in una tesi semplice: la QdV senza spiritualità rischia di diventare benessere senza profondità, mentre la spiritualità senza QdV rischia di diventare intenzione senza incarnazione. La vita buona, invece, chiede entrambe.

Per il futuro, appare necessario sviluppare ricerca più qualitativa e partecipata su come le persone con disabilità del neurosviluppo vivano la spiritualità "nel suo significato autentico trascendente" e costruire strumenti e pratiche che non la riducano a un item, ma la riconoscano come dimensione di vita (Zhang, 2010; Bertelli et al., 2020). Questo percorso non è solo scientifico. È un atto di giustizia: restituire voce spirituale a chi è stato a lungo considerato "senza parola".

La qualità di vita nella disabilità e nella salute mentale

Definizione e valutazione
per la pratica multidisciplinare

Marco O. Bertelli e Annamaria Bianco

GUIDE
DISABILITÀ



Erickson

BIBLIOGRAFIA

- Avery-Wall, V. (2006). Are you religion-sensitive? *AHA News*, 42(17), 8.
- Bertelli, M. e Bianco, A. (2025). *La qualità di vita nella disabilità e nella salute mentale: definizione e valutazione per la pratica multidisciplinare*. Trento: Erickson.
- Bertelli, M., Bianco, A., Rossi, M., Scuticchio, D. e Brown, I. (2011a). Relationship between individual quality of life and family quality of life for people with intellectual disability living in Italy. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(12), 1136-1150.
- Bertelli, M., Piva Merli, M., Bianco, A., Lassi, S., La Malfa, G., Placidi, G. F. e Brown, I. (2011b). A battery of instruments to assess Quality of Life (BA-SIQ): validation of the Italian adaptation of the Quality of Life Instrument Package (QoL-IP). *Italian Journal of Psychopathology*, 17, 205-212.
- Bertelli, M., Bianco, A., Piva Merli, M., Scuticchio, D., Lassi, S., Lorenzoni, L., et al. (2016). Psychometric properties of the Italian adaptation of a quality of life instrument as applied to adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13(3), 227-235.
- Bertelli, M. O., Del Furia, C., Bonadiman, M., Rondini, E., Banks, R. e Lassi, S. (2020). The relationship between spiritual life and quality of life in people with intellectual disability and/or low-functioning autism spectrum disorders. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 1996-2018.
- Boivin, M. J., Kirby, A. L., Underwood, L. K. e Silva, H. (1999). Review of the Spiritual Well-Being Scale. In P. C. Hill & R. W. Hood Jr. (Eds.), *Measures of Religiosity* (pp. 382-385). Religious Education Press.
- Bonelli, M. e Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52, 657-673.
- Brown, B. (2010). *The Gifts of Imperfection*. Center City (MN): Hazelden.
- Brown, I., Renwick, R. e Raphael, D. (1997). *Quality of Life Instrument Package for adults with developmental disabilities*. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto.
- Brown, I. e Brown, R. I. (2009). Choice as an aspect of quality of life for people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 10-17.

- Büssing, A. e Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1, 18–27.
- Büssing, A. e Surzykiewicz, J. (2021). Spiritual Needs of Persons with Down Syndrome. In A. Büssing (Ed.), *Spiritual Needs in Research and Practice*. London: Palgrave Macmillan.
- Carter, E. W., Kleinert, H. L., LoBianco, T. F., Sheppard-Jones, K., Butler, L. N. e Tyree, M. S. (2015). Congregational Participation of a National Sample of Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(6), 381–393.
- Cervantes, P. E. e Matson, J. L. (2015). Comorbid symptomology in adults with ASD and intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3961–3970.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. e Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27–35.
- Cooper-Effa, M., Blount, W., Kaslow, N., Rothenberg, R. e Eckman, J. (2001). Role of spirituality in patients with sickle cell disease. *Journal of the American Board of Family Practice*, 14(2), 116–122.
- Coulter, D. L. (2006). Spiritual valorization and the future of our field. *Mental Retardation*, 44(1), 64–70.
- Crompton, M. e Jackson, R. (2004). *Spiritual Well-being of adults with Down syndrome*. The Down Syndrome Education Trust.
- Crotty, G. e Doody, O. (2016). Transcultural care and individuals with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(4), 386–396.
- Cummins, R. A. (1997a). *The Comprehensive Quality of Life Scale: Adult (5th ed.)*. Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R. A. (1997b). *Comprehensive Quality of Life Scale: Intellectual Disability (ComQol-15, 5th ed.)*. Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R. A. e Lau, A. L. D. (2005). *Personal Wellbeing Index: Intellectual disability manual (3rd ed.)*. Melbourne: Deakin University.
- Dellassoudas, L. (2000). Church and social integration of disabled people. *Greek Orthodox Theological Review*, 45, 597–627.
- D’Souza, R. (2007). The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 186(10), S57–S59.

- Egan, D. (2010). *Spirituality and the Healing Process: A Christian View*. Eugene (OR): Wipf and Stock.
- Ekas, N. V., Whitman, T. L. e Shivers, C. (2009). Religiosity, spirituality, and socioemotional functioning in mothers of children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(5), 706-719.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- Emmons, R. A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns*. Guilford Press.
- Ernandes, M. (2006). *Neurobiologia e genesi delle religioni*. Alinea.
- Estanek, S. M. (2006). Redefining spirituality: A new discourse. *College Student Journal*, 40(2).
- Fleck, M. P. e Skevington, S. (2007). Explaining the meaning of the WHO-QOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Suppl 1), 67-69.
- Furey, R. J. (1993). *The Joy of Kindness*. Spring Valley (NY): Crossroad.
- Gaventa, B. (2012a). Faith and spirituality: Supporting caregivers. In R. C. Talley & J. E. Crews (Eds.), *Multiple dimensions of caregiving and disability*. Springer.
- Gaventa, B. (2012b). Lessons in community building from including the "other". *Journal of Religion, Disability and Health*, 16, 231-247.
- Gaventa, W. C. e Coulter, D. (2014). *Spirituality and Intellectual Disability: International Perspectives*. Routledge.
- Glicksman, S. (2011). Supporting religion and spirituality to enhance QdV: a Jewish perspective. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(5), 397-402.
- Hatton, C., Turner, S., Shah, R., Rahim, N. e Stansfield, J. (2004). *What about faith? A good practice guide*. Foundation for People with Learning Disabilities.
- Imam, S. S., Abdul Karim, N. H., Jusoh, N. R. e Mamad, N. E. (2009). Malay version of the SWBS. *The Journal of Behavioral Science*, 4(1), 59-69.
- International Wellbeing Group (2013). *Personal Wellbeing Index (5th ed.)*. Australian Centre on Quality of Life.

- Johnstone, B. e Yoon, D. P. (2009). Relationships between the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality and health outcomes for a heterogeneous rehabilitation population. *Rehabilitation Psychology*, 54(4), 422-431.
- Johnstone, B., Yoon, D. P., Cohen, D., Schopp, L. H., McCormack, G., Campbell, J. e Smith, M. (2012), Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1017-1041.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G. e Cohen, H. J. (2002). *The Link Between Religion and Health*. New York Oxford University Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. e Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., King, D. e Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Lassi, S. e Mugnaini, D. (2015). Role of religion and spirituality on mental health and resilience: There is enough evidence. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(3), 661-663.
- Liégeois, A. (2014). Quality of life without spirituality? A theological reflection on the quality of life of persons with intellectual disabilities. *Journal of Disability and Religion*, 78(4), 303-317.
- Liu, E. X., Carter, E. W., Boehm, T. L., Annandale, N. H. e Taylor, C. E. (2014). In their own words: The place of faith in the lives of young people with autism and intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 52(5), 388-404.
- McEvoy, J., Machale, R. e Tierney, E. (2012). Concept of death and perceptions of bereavement in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(2), 191-203.
- McIntosh, D. e Spilka, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 167-194.
- McNair, J. e Carter, E. W. (2010). Special issue: Inclusive Christian religious education (Part 1 and 2). *Journal of Religion, Disability and Health*, 14, 221-222.

- Moberg, D. O. (1971). *Spiritual well-being: Background*. Washington D. C.: University Press of America.
- Moberg, D. O. (1979). The development of social indicators of spiritual well-being for quality of life research: Prospects and problems. *Sociological Analysis*, 40, 11-26.
- Moberg, D. O. e Brusek, P. M. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research*, 5, 303-323.
- Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S. e Büla, C. J. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), 1345-1357.
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J. e Cook, C. C. H. (2016). WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*, 75(1), 87-88.
- Musa, A. S. e Pevalin, D. J. (2012). An Arabic version of the spiritual well-being scale. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 119-134.
- Newman, B. J. (2011). *Autism and your church: Nurturing the spiritual growth of people with autism spectrum disorder (2nd ed.)*. Grand Rapids, (MI): Zondervan.
- O'Brien, J. e O'Brien, C. L. (1997). *Members of each other: Building community in company with people with disabilities*. Toronto, (CA): Inclusion Press.
- Paloutzian, R. F. e Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. *Journal of Psychology and Theology*, 10, 224-237.
- Paloutzian, R. F., Buford, R. K. e Wildman, A. J. (2012). Spiritual well-being scale: Mental and physical health relationships. In M. R. Cobb, C. M. Puchalski, & B. Rumbold (Eds.), *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 353-358). Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. D., Mock, K. S., Bop, C. M., Dudgeon, W. A. e Hand, G. A. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 125-139.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K. e Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care. *Journal of Palliative Medicine*, 17, 642-656.

Renwick, R., & Brown, I. (1996). The centre for health promotion's conceptual approach to quality of life: Being, belonging, and becoming. In R. Renwick, I. Brown e M. Nagler (Eds.), *Quality of life and health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications* (pp. 75-86). London: Sage.

Rogers-Dulan, J. (1998). Religious connectedness among urban African American families who have a child with disabilities. *Mental Retardation*, 36, 91-103.

Russell, A. J., Murphy, C. M., Wilson, E., Gillan, N., Brown, C., Robertson, D. M., et al. (2016). The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder in adulthood: A clinic report. *Autism*, 20(5), 623-627.

Scanlan, A. e Snyder, L. (2010). *Rhythms of grace: Worship and faith formation for children and families with special needs*. Nashville, TN: Morehouse Education Resources.

Schalock, R. L. e Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. American Association on Mental Retardation.

Scuticchio, D. e Bertelli, M. O. (2015) *La spiritualità come strumento di miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità intellettiva*. Disponibile da <https://crea-sansebastiano.misericordia.firenze.it/it/articolo/244> (u.a. 1/09/2025).

Selway, D. Ashman, A. F. (1998). Disability, religion and health: A literature review in search of the spiritual dimensions of disability. *Disability and Society*, 73(3), 429-439.

Shu, B. C. (2009). Quality of life of family caregivers of children with autism: The mother's perspective. *Autism*, 73(1), 81-91.

SPRED (Special Religious Development) (2016). Disponibile da <http://www.spred.org.uk> (u. a. 15/12/2025).

Stolberg, T. L. (2008). Attending to the spiritual through the teaching of science: a study of preservice primary teachers' attitudes. *International Journal of Children's Spirituality*, 73, 71-180.

Swinton, J. (1997). Restoring the image: Spirituality, faith, and cognitive disability. *Journal of Religion and Health*, 56(1), 21-28.

Swinton, J. (1999). Reclaiming the soul: A spiritual perspective on forensic nursing. In A. Kettles & D. Robinson (Eds.), *Forensic nursing and the multidisciplinary care of the mentally disordered offender*. London: Jessica Kingsley.

Swinton, J. (2001). *Spirituality in mental health care: Rediscovering a forgotten dimension*. London: Jessica Kingsley.

Swinton, J. (2002). Spirituality and the lives of people with learning disabilities. *The Tizard Learning Disability Review*, 7(4), 29-35.

Taylor, C., Carter, E. W., Annandale, N. H., Boehm, T. L. e Logeman, A. K. (2014). *Welcoming people with developmental disabilities and their families: A practical guide for congregations*. Vanderbilt: Kennedy Center.

Timmins, F., McCausland, D., Brennan, D., Sheerin, F., Luus, R., McCallion, P. e McCarron, M. (2024). A national cohort study of spiritual and religious practices of older people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 28(2), 533-548.

Unterrainer, H. F., Lewis, A. J. e Fink, A. (2014). Religious/spiritual well-being, personality and mental health: A review of results and conceptual issues. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 382-392

WHOQoL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1486-1497.

Zhang, K. C. (2010). Spirituality and disabilities: Implications for special education. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 48(4), 299-302.