SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

La pratica Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in ambito sanitario: contesti e benefici. Revisione della letteratura

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Isabella Pribaz

Direttore di tesi:

Sergio Piasentin

Manno, 31 Luglio 2017

“L’autrice è l’unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi”

ABSTRACT

Background:
La mindfulness è una pratica meditativa di consapevolezza del momento presente. Significa osservare con intenzione il corpo e la mente, permettendo alle esperienze di fluire accettandole per come sono senza controllarle, senza rifiutarle, giudicarle o cambiarle, osservare con gentile amorevolezza soprattutto verso la mente sempre vivace e pronta a distrarsi. Il protocollo MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction/ riduzione dello stress basata sulla mindfulness) della durata di 8 settimane, con pratiche quotidiane da 45 minuti, ha avvicinato persone con varie patologie croniche e persone che hanno difficoltà ad affrontare richieste collegabili allo stress, con i risultati di diminuire la sofferenza, migliorare la funzione immunitaria del paziente, quindi accrescere il senso del benessere.

Scopi e obiettivi:
Lo scopo della revisione della letteratura è comprendere quali sono i benefici della pratica del MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) in contesto sanitario. Gli obiettivi sono:

- riconoscere gli effetti e i meccanismi di azione del protocollo MBSR
- analizzare i benefici del protocollo MBSR proposto a differenti gruppi di utenti
- riconoscere le implicazioni del protocollo MBSR per la pratica infermieristica

Metodologia:
La metodologia scelta è quella della revisione della letteratura, quindi sono stati cercati articoli nelle banche dati Cochrane, Pubmed, Cinhal e Sage. Sono stati analizzati 10 articoli per l'analisi.

Risultati:
I risultati trovati sono in parte contrastanti: nonostante l'ansia, lo stress, la depressione, il sonno e i livelli di cortisolo siano i fattori più studiati, in alcuni studi ci sono stati dei miglioramenti e in altri no, in altre ricerche si sono notati dei benefici dopo alcuni mesi dalla fine del protocollo MBSR. Però gli esiti risultano tendenti a mostrare che la MBSR ha dei benefici a fine corso. Potrebbe esserci una correlazione tra patologia e protocollo mindfulness da usare, perché le persone, le scale di valutazione e i contesti non erano simili tra i vari studi. I risultati ottenuti da parte del campione di infermieri è incoraggiante e positivo sia per la gestione dello stress che per la prevenzione del burnout.

Conclusioni:
La mindfulness è una disciplina che da benefici ma è da studiare maggiormente, infatti esistono delle variabili che sono da comprendere meglio, soprattutto a livello degli operatori della salute L'aumento di studi e l'introduzione della mindfulness in varie strutture ospedaliere nel mondo dimostra l'aumento di interesse per questa pratica per molti ancora sconosciuta.

Parole chiave:
Mindfulness Based Stress Reduction; MBSR; health; health care, nurse, nursing

Sommario

1. INTRODUZIONE 1
1.1 Motivazione 1
1.2 Metodologia 2
1.2.1 Revisione della letteratura 2
1.2.2 Domanda e obiettivi 4
1.3 Applicazione metodologia 4
1.3.1 Diagramma di flusso 6
1.3.2 Articoli su infermieri 7
1.3.3 Diagramma di flusso 8
2. BACKGROUND 9
2.1 Mindfulness 9
2.1.1 Modifiche nei paradigmi 9
2.1.2 Origini 10
2.1.3 Definizione 11
2.1.4 Inconsapevolezza 11
2.1.5 Consapevolezza 12
2.1.6 Partecipazione 12
2.1.7 Pratica 13
2.1.8 Equivoci comuni 13
2.1.9 Atteggiamenti fondamentali 14
2.1.10 Respiro 14
2.1.11 Postura 15
2.1.12 Corpo 15
2.1.13 Yoga 15
2.1.14 Camminata 16
2.1.15 Scale di valutazione 16
2.1.16 Tipologie di protocolli Mindfulness 17
2.2 Mindfulness-Based Stress Reduction 17
2.2.1 Curriculum MBSR 18
2.3 Psiconeuroendocrinoimmunologia 21
3. ANALISI 23
3.1 Tabelle 23
3.2 Validità degli articoli 30

3.3 Design degli articoli 31
3.4 Campione 31
3.5 Protocollo MBSR 32
3.6 Scale di valutazione 33
3.7 Risultati a fine corso MBSR 33
3.8 Riassunto risultati a fine corso MBSR 34
3.9 Follow-up 35
4. DISCUSSIONE 36
4.1 Discussione articoli e letteratura 36
4.2 Reazione di stress 37
4.3 Implicazioni infermieristiche 39
4.4 Studi futuri 40
4.5 Limiti 40
5. CONCLUSIONE 41
6. BIBLIOGRAFIA 44

1. INTRODUZIONE

1.1 Motivazione

I motivi per cui ho deciso di approfondire il tema della mindfulness rientrano sia nella sfera professionale che personale. Dal punto di vista personale ammetto di essere sempre stata affascinata da tutto ciò che riguarda la medicina complementare. Durante il primo anno di cure infermieristiche si è parlato di emozioni, PNEI, resilienza, ed è stata citata anche la mindfulness. Questi temi con le loro basi scientifiche, di cui non conoscevo l'esistenza, mi hanno aperto spazi di riflessione e incrementato il mio interesse.
Durante i miei stage in ospedale come praticante e allieva infermiera mi è capitato più volte di assistere pazienti che provavano forte dolore, però la terapia antalgica, nonostante la sua efficacia, aveva bisogno di tempo per fare effetto, quindi l'infermiere stava spesso accanto al paziente cercando di distrarlo dal dolore. Le tecnica più usata era di respirare a fondo e pensare a qualcosa di bello, ad esempio le vacanze, i figli e così via. Mi sono sempre chiesta se l'idea di pensare a qualcosa di piacevole potesse veramente funzionare con tutti i pazienti, considerando le risposte di alcuni di loro, e perciò mi sono posta la domanda sull'esistenza di altre tecniche per aiutare la persona a distrarsi dal dolore o a gestirlo meglio. Quindi il tema di tecniche complementari per riuscire a gestire lo stress, il dolore e possibilmente i sintomi di varie patologie mi ha incuriosita come professionista della salute.

Dal punto di vista professionale ho preso in considerazione vari aspetti: oggi si parla sempre di più di pratiche complementari e alternative, anzi vengono introdotte negli ospedali, ad esempio a all'EOC è presente un ambulatorio di agopuntura (Ente Ospedaliero Cantonale, 2016). Negli opuscoli della lega contro il cancro vengono citate terapie complementari da associare alla medicina occidentale tradizionale (Lega contro il cancro, 2012). In alcuni reparti di oncologia in Trentino Alto Adige vengono offerte svariate pratiche di medicina complementare (Flarer, 2016). Pratiche simili vengono applicate in Inghilterra (Cancer Research UK, 2015) e in Germania (Universität Duisburg-Essen, 2016).
Al Guy's and St Thomas' and King's College hospitals di Londra viene praticata la Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) per lo stress, dolore cronico, problemi del sonno, cefalee e depressione; alcune infermiere praticano la mindfulness con i pazienti e con gli stessi colleghi (Janey Lee Grace, 2015).
In Ticino la mindfulness non viene offerta in ospedale o dalla lega contro il cancro, anche per il resto della Svizzera non ho trovato informazioni su ospedali che offrono questa pratica, però esiste l'associazione Mindfulness Svizzera sia in Ticino (Associazione Svizzera di mindfulness, s.d.), che in Svizzera interna (Center for Mindfulness, 2009).
Quindi conoscere meglio la mindfulness e la sua possibile pratica in ambito sanitario mi può aiutare a capire se è una disciplina da poter consigliare ai pazienti e/o per comprendere la decisione di un paziente nell'utilizzarla. Essere informati significa poter rispondere meglio alle persone a cui prestiamo cure.

1.2 Metodologia

1.2.1 Revisione della letteratura

"La revisione della letteratura è una sintesi scritta dello stato delle evidenze su un problema di ricerca" (Polit, Beck, & Palese, 2014, p.121). La letteratura accademica può prendere in considerazione sia la cultura letteraria scientifica basata sui dati, quindi dai rapporti della ricerca, sia quella concettuale, quindi da teorie. Un'analisi della letteratura consente di: scoprire conoscenze concettuali e dei dati su uno specifico tema, trovare nuove conoscenze che permettono di migliorare, sollevare domande, dare informazioni aggiornate per le formazioni, trovare risultati che supportino la pratica basata sulle evidenze (LoBiondo-Wood, Haber, & Palese, 2004).

Lo scopo generale è la conoscenza, cioè sviluppare una valida base di nozioni per ricercare e offrire una pratica professionale basata su evidenze. Ad esempio per gli infermieri attuare interventi basati su ricerca, sviluppare protocolli o politiche partendo dalle evidenze, sviluppare e incrementare i progetti che garantiscono la qualità. Gli obiettivi della revisione sono la capacità di reperire i materiali dalle banche dati elettroniche e/o fonti di stampa, valutare il materiale criticamente, sintetizzare la letteratura (LoBiondo-Wood et al., 2004). Le revisioni possono essere anche usate per mettere le basi per nuove ricerche (Polit et al., 2014).
Ci sono 10 fasi delle revisione della letteratura:

1. determinare il concetto/argomento;
2. identificare i termini;
3. effettuare la ricerca sulle banche dati valide;
4. escludere le fonti non pertinenti;
5. organizzare le fonti in modo da poterle ritrovare facilmente;
6. recuperare le fonti pertinenti;
7. copiare gli articoli;
8. effettuare lettura preliminare ed escludere quella non pertinente;
9. leggere criticamente ogni fonte;
10. sintetizzare i riassunti critici di ogni articolo (LoBiondo-Wood et al., 2004).

Le revisioni dovrebbero avere domande chiare, precisate nel protocollo, in modo che le risposte diano informazioni utili per prendere decisioni. Anche i termini di inclusione devono essere precisati, così i confini della domanda sono spiegati. Essi devono aiutare a trovare tutti gli studi di possibile interesse, ciononostante è necessario prestare attenzione ai criteri troppo specifici o ampli, questo perché i primi potrebbero perdere degli studi di interesse ed i secondi rendere difficile la sintesi e analisi (Centre for Reviews and Dissemination, 2009).

Gli articoli da prendere in considerazione in una revisione della letteratura sono studi primari, questo perché l'autore non è il ricercatore dei vari studi (Polit et al., 2014).

La lettura critica degli articoli è la parte più importante del processo di catalogo del materiale. E' necessario effettuare diverse letture dei vari studi per poi scartare quelli che non corrispondono ai criteri d'inclusione, nel caso in cui la maggior parte del materiale non risulti utile, bisognerà procedere con un'altra ricerca, modificando le variabili (LoBiondo-Wood et al., 2004).

Le caratteristiche di una revisione pertinente sono nove:

1. gli scopi devono essere soddisfatti;
2. il riassunto deve essere conciso e rappresentare in modo adeguato la fonte;
3. la critica esprime analisi e sintesi;
4. si devono applicare criteri considerati validi per esaminare gli argomenti di forza e i limiti, i conflitti che sono collegati al tema;
5. bisogna dimostrare la sintesi dell'analisi critica per ogni fonte, concentrando le informazioni per creare una nuova cornice di rifermento su ciò che deve essere sviluppato;
6. viene utilizzato un numero considerato sufficiente di fonti;
7. le informazioni vengono sintetizzate, e non citate;
8. gli studi vengono mostrati in modo logico, terminando con le conclusioni (LoBiondo-Wood et al., 2004).

Lo studio inizialmente dev'essere letto, valutato considerando le varie fasi del processo sopracitate per poter creare i criteri utili ad analizzare criticamente i diversi articoli trovati (LoBiondo-Wood et al., 2004).

Dopo aver scelto gli articoli, bisogna decidere un sistema per ordinare i dati e dandogli un significato. Ad esempio si possono annotare le informazioni più importanti nelle revisioni semplici, però per quelle con un alto numero di studi si deve decidere per un metodo formale per la documentazione dei dati di ogni studio: si possono codificare in codici, oppure copiare gli abstract, per poi creare dei protocolli al fine di organizzare le nozioni ritenute rilevanti dall'autore che sta effettuando la ricerca. Nell'analisi è importante identificare i temi rilevanti, quindi individuare gli schemi costanti e ripetuti. Ad esempio per gli argomenti sostanziali: i risultati predominanti, quali lacune si notano, la coerenza degli studi; per i concetti metodologici: i metodi adoperati e i loro punti deboli e forti; trasferibilità dei dati: le tipologie dei campioni e le differenze tra essi (Polit et al., 2014).

Considerando che le informazioni trovate possono essere vaste, l'uso di tabelle può essere utile per dare un senso ai vari dati trovati. La revisione della letteratura deve dare un riassunto oggettivo e ben organizzato delle varie nozioni disponibili, essa è una sintesi e valutazione critica, non una serie di citazioni o abstract, in modo da dare la situazione attuale delle conoscenze su un argomento. Nessun studio dev'essere scartato per i risultati possibilmente contrastanti (Polit et al., 2014).
Per trarre delle conclusioni, si devono dare una valutazione sulla validità delle evidenze trovate (Polit et al., 2014).
E' stata scelta questa scala:

1. Abstract e titolo danno una chiara descrizione dello studio?
2. Introduzione e intenzione: c'era un buon background e chiara dichiarazione degli intenti dello studio?
3. Metodo e dati: è il metodo appropriato e chiaramente spiegato?
4. Campione: la scelta del campione è stata appropriata per arrivare agli obiettivi?
5. Analisi dati: è stata la descrizione dell'analisi sufficientemente rigorosa?

6. Etica e pregiudizi: le questioni etiche sono state discusse, e cosa è necessario per avere un'approvazione etica? E' stata la relazione tra ricercatori e partecipanti adeguatamente considerata?
7. Risultati: esiste una chiara dichiarazione delle scoperte?
8. Trasferibilità o generalizzazione: sono i risultati trasferibili a una popolazione ampia?
9. Implicazioni e utilità: quanto importanti sono queste scoperte per politica e la pratica? (Hawker et al., 2002, p.1296).

1.2.2 Domanda e obiettivi

Domanda di ricerca:

"Quali sono i benefici della pratica MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) nel contesto sanitario?"

Obiettivi:

- Riconoscere gli effetti e i meccanismi di azione del protocollo MBSR
- Analizzare i benefici del protocollo MBSR proposto a differenti gruppi di utenti
- Riconoscere le implicazioni del protocollo MBSR per la pratica infermieristica

1.3 Applicazione metodologia

La mia tesi è una revisione della letteratura, le banche dati usate sono Cochrane Library, Cinhal, Sage e PubMed.
All'inizio la mia domanda di ricerca era: i benefici della pratica MBSR in ospedale. Però cercando gli articoli e leggendo gli abstract ho potuto constatare che non c'erano ricerche sull'uso del programma MBSR in ospedale con pazienti degenti. Informazioni di questo genere ne ho trovate sul libro di Didonna (2012), infatti in un ospedale psichiatrico italiano viene praticata la mindfulness cognitive therapy in pazienti degenti.
La mia domanda di ricerca è cambiata:

- <u>quali sono i benefici della pratica MBSR nel contesto sanitario?</u>

I termini di ricerca usati sono: MBSR or Mindfulness Based Stress Reduction, health care, health
Gli operatori booleani usati sono: AND

Per la ricerca degli articoli ho associato "MBSR" AND "health", però ho potuto notare il grande numero di articoli trovati, circa 188 in Cinhal e 119 in Cochrane, inoltre leggendo i titoli e alcuni abstract ho potuto constatare che gli articoli erano molto generali, ossia il programma MBSR veniva applicato anche in contesti non sanitari, quindi con insegnanti o persone totalmente sane. Quindi ho cercato dei termini per poter trovare gli articoli più pertinenti per la mia tesi, cioè "MBSR"/"Mindfulness based stress reduction" AND "health care". Provando ad usare Mindfulness Based Stress Reduction invece di MBSR comparivano più articoli.
Quindi stringhe di ricerca iniziali:
"Mindfulness based stress reduction" AND "health care"
"MBSR" AND "health care"

Stringhe di ricerca usata:

- "Mindfulness based stress reduction" OR "MBSR" AND "health care"

Gli articoli trovati su Cinhal con questa stringa di ricerca sono 47, in Cochrane 24, però vari di questi erano delle copie per cui su 24 solo 13 erano nuovi. In Pubmed ho individuato 66 articoli e in Sage 352, ma leggendo i titoli ho potuto constatare che solo la metà era pertinente al tema MBSR, alcuni di questi erano doppioni e 100 collegabili al protocollo MBSR.
Di seguito sono elencati i criteri di inclusione ed esclusione da me scelti.

Criteri di inclusione:

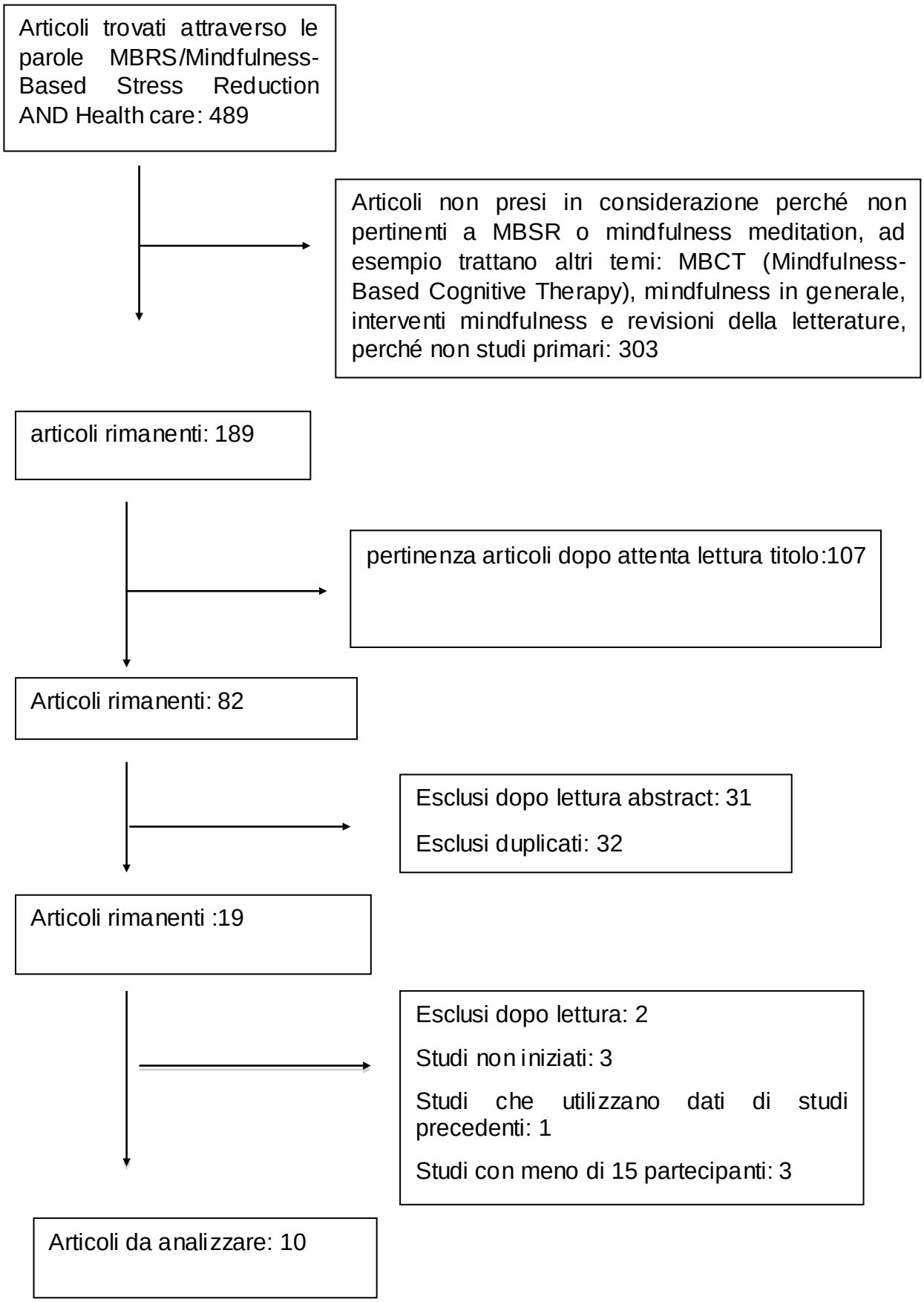
- persone con patologie attuali o pregresse con influenza sul presente
- qualsiasi anno di pubblicazione
- personale sanitario

Criteri di esclusione:

- persone senza patologie
- studi non conclusi
- veterani di guerra nel campione esaminato
- persone con PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)
- violenza e abusi sessuali
- revisioni sistematiche della letteratura
- autori che usano dati e informazioni da studi non da loro compiuti

Di seguito l'argomentazione per la scelta dei criteri di esclusione ed inclusione:
Per comprendere quali articoli fossero pertinenti per la mia domanda di ricerca e quali no, ho deciso di escludere gli studi che si occupano di persone per ora senza patologie e studenti, e di includere gli infermieri se comparivano nei titoli o abstract, in quanto parte del contesto sanitario. Perciò ho preso in considerazione persone che lavorano in ospedale o in contesto sanitario, individui che stanno affrontando una problematica come il dolore cronico o tumore. O chi ha affrontato e superato una patologia come il cancro, la quale malattia però ha ancora un'influenza sulla vita delle persone con effetti collaterali fisici o psicologici a causa delle terapie. Ho incluso anche patologie come ansia e fibromialgia. Ho deciso anche di escludere articoli che trattavano violenza, abusi sessuali e veterani di guerra, veterani con PTSD, perché ritengo che PTSD nei veterani è qualcosa di molto applicabile negli USA e altri paesi, ma non in Svizzera e in maniera ridotta in Europa in confronto agli USA. Inoltre PTSD nei veterani compare a causa dei periodi passati in guerra e non lo ritenevo comparabile a una malattia come l'ansia o la fibromialgia. Alcuni studi sono stati esclusi dopo un'attenta lettura perché ho potuto constatare che non erano ancora iniziati, ma ricercavano fondi. Un altro studio, che usava molti partecipanti sopravvissuti al cancro, però non erano gli autori a dare lezioni di pratica ma hanno cercato le informazioni da persone che hanno partecipato a corsi di MBSR. Non essendo un "vero" studio primario ho deciso di non usarlo, infatti ho escluso le revisioni sistematiche della letteratura.
Infine non ho preso in considerazione il possibile fattore esclusione anni, questo perché la maggior parte degli articoli sulla MBSR risalgono dal 2011 in avanti.

1.3.1 Diagramma di flusso



1.3.2 Articoli su infermieri

Dopo aver analizzato i vari studi per rispondere alla domanda di ricerca, ho deciso di fare una indagine approfondita sul MBSR praticato dagli infermieri per poter comprendere al meglio le implicazioni infermieristiche della pratica MBSR. Durante la precedente ricerca ho trovato alcuni articoli sugli infermieri, ma la maggior parte aveva dei campioni con un numero ridotto di partecipanti, ad esempio su 15 persone solo 10 avevano terminato il protocollo MBSR, quindi i risultati mi sono apparsi poco significativi e non rispecchiabili alla popolazione. Attraverso una ricerca più ampia in Pubmed e Cinhal ho verificato come vari studi fossero a pagamento, ho deciso per cui di cercare sulla banca dati Sage.

Pubmed:

- “Mindfulness based stress reduction” AND “nursing“: 96 articoli
- “Mindfulness based stress reduction” AND “nurse“: 17 articoli

Cinhal:

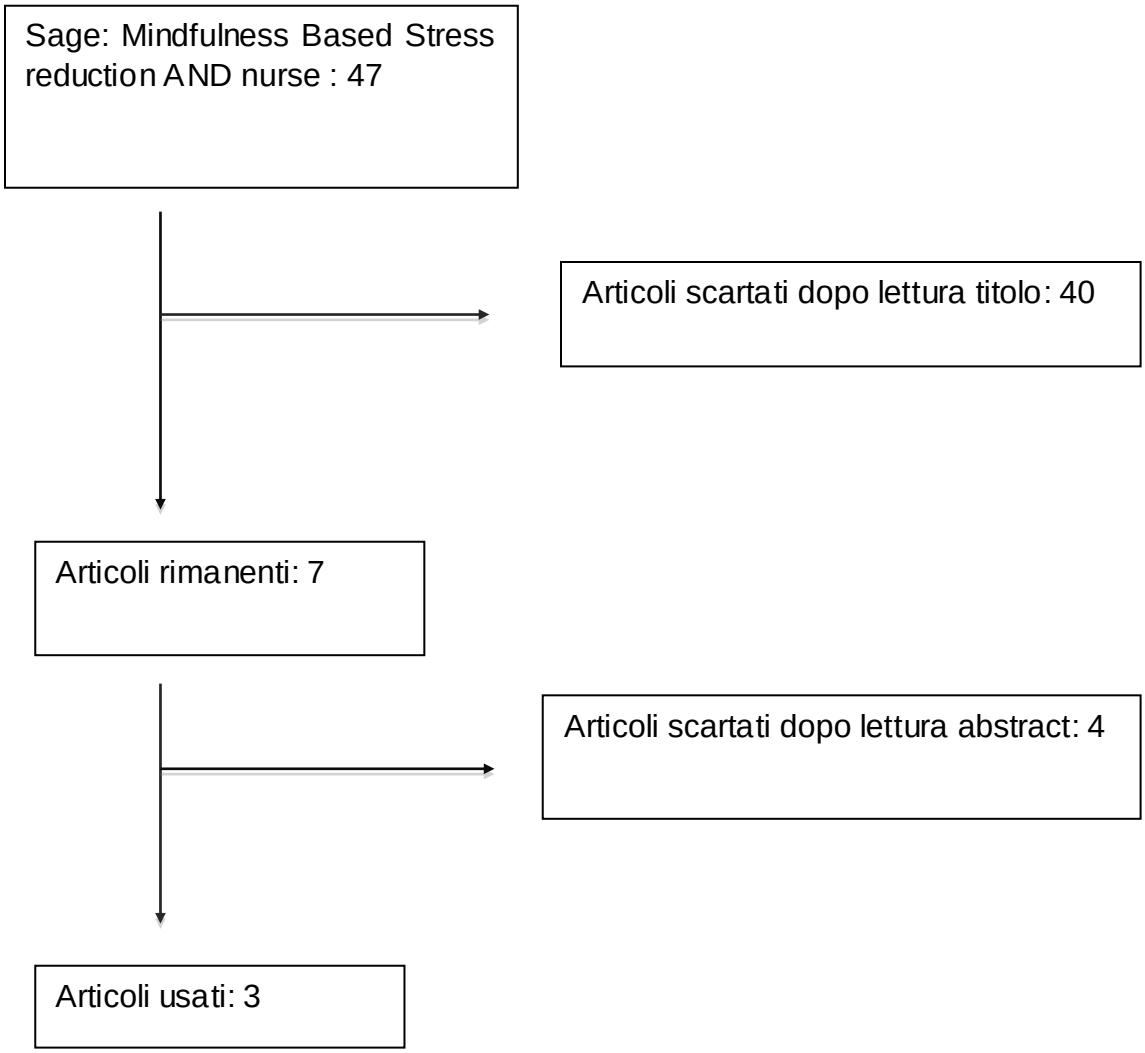
- “Mindfulness based stress reduction” AND “nursing“: 42 articoli

Sage:

- “Mindfulness based stress reduction” AND “nursing“: 131 arrticoli
- “Mindfulness based stress reduction” AND “nurse“: 47 articoli

Dopo aver letto i vari titoli della prima ricerca nella banca dati Sage, ho constatato che i molti articoli avevano tematiche molto ampie e non pertinenti con la mia ricerca, perciò ho ristretto la ricerca con la parola “nurse”. Da questi 47 articoli trovati, solo 7 interessavano veramente le professioni sanitarie e la mindfulness, leggendo gli abstract il campo si è ancor più ristretto.

1.3.3 Diagramma di flusso



2. BACKGROUND

2.1 Mindfulness

2.1.1 Modifiche nei paradigmi

In occidente prima dell'arrivo dell'epoca cristiana, quasi tutti i filosofi, medici greci e latini ritenevano l'uomo come un'unità, lo guardavano nella sua totalità includendo la dimensione psichica e culturale per il mantenimento della salute, però alcuni filosofi avevano idee diverse, ad esempio Platone credeva nel dualismo tra anima e corpo; anche nella Cina antica si credeva nella totalità dell'uomo. Con l'arrivo della religione e filosofia cristiana e la sua espansione nei secoli, un altro paradigma da quello predominate prende posto dal 4°/5° secolo dopo Cristo: il paradigma dualista di Platone, ripreso poi in seguito da Cartesio (Bottaccioli, 2014).
Dal 1600, incoraggiato dalla filosofia "meccanica", il paradigma riduzionista si espande a molti livelli: filosofia, medicina e fisica. Il paradigma ritiene che si possano ridurre in concetti semplici le questioni complesse della vita, salute e malattia, e crede nella linearità in situazioni di causa ed effetto (Bottaccioli, 2014). Negli ultimi 300 anni di espansione del paradigma riduzionista (Bottaccioli, 2014) il modello biomedico è stato quello predominante usato per definire il concetto di salute. Esso si sviluppa nell'Ottocento grazie alla teoria dell'evoluzione di Darwin, questo modello ipotizza che la malattia abbia solo delle cause biologiche, quindi la lesione di un organo sia ricollegabile ad una problematica proveniente dall'esterno della persona come batteri e virus, ma non sia mai associabile a problematiche psicologiche (Ricci Bitti & Gremigni, 2013). Inoltre l'attenzione è incentrata su come eliminare i sintomi della malattia e in modo minore sulla sua causa proveniente dall'interno del corpo umano (Didonna, 2012). La malattia e la salute vengono considerati due concetti separati e ben divisi, infatti il dualismo cartesiano, secondo cui esiste la divisione tra mente e corpo, viene rafforzato. Perciò patologia e processi psicologici non sono tra loro collegati. Il principale attore del modello biomedico è il corpo, quindi la malattia e i trattamenti di essa sono stati enfatizzati e studiati. La salute esiste solo in assenza di malattia (Ricci Bitti & Gremigni, 2013).

Nonostante gli incredibili progressi scientifici, culturali e sociali come la liberazione dal dominio della Chiesa e la democrazia, accanto al paradigma riduzionista si sviluppa in Francia un'ideologia secondo cui il metodo sperimentale può essere applicato mantenendo la visione della totalità della persona. Intorno al 1850 quest'idea viene abbandonata, ciononostante a partire dal novecento con le scoperte della fisica e della matematica e la teoria dell'effetto farfalla negli anni '60, la causalità lineare viene messa in discussione, e viene favorita una visione più complessa cioè casualità circolare, instabilità e cambiamento. Perciò dalla visione meccanicistica si passa a quella complessa (Bottaccioli, 2014). Con gli anni il modello biomedico ha portato molti avanzamenti dal punto di vista scientifico, ma con i cambiamenti della società è stato messo in discussione e intorno al 1950 sono nati altri modelli. Quelli introdotti sono vari: olistico, biopsicosociale, del benessere, medicina psicosomatica, medicina comportamentale e psicologia della salute. Il loro concetto cardine, ognuno con le sue caratteristiche specifiche, è il superamento del dualismo cartesiano, quindi non separare la mente e il corpo, ma considerare la totalità della persona, o più aspetti possibili di essa; non si cura più la malattia ma la persona con le sue sfaccettature (Ricci Bitti & Gremigni, 2013).

Le pratiche Buddiste nascono in India, con la conquista di quest'ultima da parte degli inglesi l'Occidente le scopre e la Società Teosofica a fine 1800 inizia ad interessarsi al Buddhismo; a Londra viene creata nel 1906 la Società Buddista d'Inghilterra. Anche a Parigi viene fondata nel 1929 l'associazione del Buddismo, mentre in America viene diffuso dagli immigrati provenienti dall'Asia. Tutto ciò favorisce la diffusione dei valori del Buddismo in Occidente e l'adesione di milioni di occidentali alle sue pratiche (Carosella & Bottaccioli, 2003). Negli ultimi decenni si è esteso l'interesse per la psicologia orientale in ambito clinico e soprattutto per gli interventi provenienti da pratiche Buddiste. Sono presenti similitudini e differenze tra la psicologia occidentale e quella orientale, una differenza sostanziale si trova nella visione della mente; per la psicologia occidentale esiste la metafora della "mente come macchina", che può essere studiata in modo oggettivo, escludendo totalmente la visione soggettiva. Per l'Oriente la mente e coscienza sono soggetti principali di un'indagine introspettiva, inoltre per l'Occidente si studiano i contenuti della coscienza, e per l'Oriente i processi di essa, in modo da modificare i processi cognitivi. Perciò, oltre alla medicina scientifica, diventa importante l'integrazione e valorizzazione delle varie componenti della natura umana, ad esempio atteggiamento compassionevole, accettazione dell'esperienza, capacità di auto-osservazione. Queste componenti possono essere tradotte con il concetto mindfulness (Didonna, 2012, p.43).

La clinica per la riduzione dello stress aperta nel 1978 in Massachusetts ricevette una collocazione accademica nel dipartimento di medicina, divisione di medicina preventiva e comportamentale, la quale con la medicina integrata, ritiene importante l'unità mente-corpo e la partecipazione attiva dei pazienti nella cura della propria salute, quando possibile. Questo ha aperto le porte alla medicina partecipativa, la quale ritiene che tutti, essendo vivi, possediamo risorse interne che ci permettono di imparare, cambiare, crescere e guarire. Queste risorse possono essere usate per migliorare la vita a vari livelli, da quello molecolare a livelli superiori di organizzazione del corpo, a quello psicologico e interpersonale. Il programma MBRS ha, per cui, contribuito alla crescita della medicina partecipativa. Si entra in una prospettiva di totalità e interconnessione tra psiche, corpo e comportamento, questo è un passo avanti per superare l'ideologia di divisione tra mente e corpo (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.2 Origini

Il concetto dell'"essere presenti" si può trovare in molte tradizioni spirituali come taoismo, islam, cristianesimo, giudaismo; esso però si è esteso oltre i confini della spiritualità e della psicologia, coinvolgendo anche la medicina, le neuroscienze, gli affari interpersonali e professionali. Le radici della mindfulness provengono storicamente dalle discipline meditative buddiste (Stahl & Goldstein, 2015). L'approccio di Budda non era di cambiare la situazione ma di avere degli insight diretti sull'esperienza. Si possono trovare immagini di yogi in India datate a più di 4000 anni fa, seduti in meditazione con lo sguardo rivolto verso l'interno. La parola mindfulness è la traduzione della parola sati, che significa consapevolezza, attenzione e ricordo. Nel 1921 compare nel dizionario la prima traduzione (Didonna, 2012). Infatti coltivare la consapevolezza è il concetto cardine della meditazione buddista, che negli ultimi 2600 anni si è sviluppata sia in luoghi monastici che laici in Oriente. La tradizione buddista ha come scopi la liberazione dalla sofferenza e il dissolvimento delle illusioni. La meditazione buddista si è diffusa durante gli anni Sessanta e Settanta per due motivi: il primo perché nel corso dei

decenni più occidentali si recano in monasteri orientali con lo scopo di studiare, trasmettendo in seguito gli insegnamenti ricevuti nei loro paesi di origine; il secondo perché vari monaci e maestri buddisti furono esiliati dai loro paesi a causa di conflitti e guerre, e si trasferirono in Occidente. L'essenza delle pratiche di consapevolezza è universale, non è connessa a ideologie o credenze, perciò non è direttamente collegata al buddismo o alla tradizione orientale. Essa si regge sull'esperienza diretta (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.3 Definizione

"Mindfulness è coltivare la consapevolezza della mente e del corpo e vivere hic et nunc, nel qui e ora" (Stahl & Goldstein, 2015, p. 35). La vita è uno scorrere continuo e momentaneo di esperienze, dove tutto è in trasformazione. Le opinioni, le relazioni, le cose che ci appartengono, il nostro corpo, sono tutti elementi che continuano a cambiare ed evolversi nonostante ci sembrino stabili e maturi. Con la mindfulness si pratica l'adottare questa esperienza (Kabat-Zinn, 2016).
La mindfulness è una pratica meditativa, la quale lavora sulla consapevolezza del momento presente (Ludwig DS & Kabat-Zinn J, 2008). Praticarla significa essere consapevoli del pensiero e delle esperienze sensoriali come vedere, gustare e odorare (Meditation Science, 2008). "La consapevolezza come una lente che concentra le energie disperse e reattive della nostra mente in un'unica sorgente di energia coerente, che si rende disponibile per vivere, per risolvere i problemi e per guarirci" (Kabat-Zinn, 2016, p.44). "Coltivare la consapevolezza significa imparare a usare e focalizzare l'energia sprecata" (Kabat-Zinn, 2016, p. 45).
La meditazione mindfulness significa osservare con intenzione il corpo e la mente, permettendo alle esperienze di fluire accettandole per come sono senza controllarle, senza rifiutarle, giudicarle o cambiarle, non c'è il bisogno di provare qualcosa di speciale, ma di essere lì, di concederselo e vivere il momento. Praticare la meditazione significa stare nel presente deliberatamente, il mezzo e lo scopo sono gli stessi, non c'è un punto di arrivo o uno scopo, ma si ricerca di essere dove si è però in modo intenzionale (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.4 Inconsapevolezza

Per comprendere l'inconsapevolezza ci si avvale di tre definizioni: intrappolati nelle categorie, comportamento automatico, azione a partire da un punto di vista unico. Le persone creano delle categorie per poter organizzare e costruire una visione del mondo in modo da non avere la sensazione che il mondo sfugga, ad esempio le ideologie come comunismo o buddhismo, danno identità, regole, logiche prettamente loro. L'inconsapevolezza inizia quando si usano le categorie in modo ferreo senza riuscire a vedere oltre: una porta è una porta, non è più legno (Langer, 2008).
Le trappole mentali: noi realizziamo delle categorie e distinguiamo le cose attraverso esse, questo per creare una forma del mondo e di noi. Noi creiamo nuove divisioni, e questa è un'attività consapevole, ma continuare a categorizzare le informazioni in modo rigido, fermo, in classi preesistenti senza mai prendere in considerazione l'idea di modificarle, può portare la persona a suddividere in modo inconsapevole; per cui la realtà rimane statica e non si modifica mai (Langer, 2008).
Il comportamento automatico, come chiedere scusa ad un manichino, è adottato facilmente quando un atteggiamento è stato ripetuto più volte. Oppure la persona che fa maglia eppure presenta difficoltà nell'insegnarlo, questo perché faceva a maglia mentre guarda la televisione e ad un certo punto la persona non guarda e non pensa a ciò che

fa, non ne ha più bisogno, le sue mani lo fanno senza che la sua mente si concentri. Insegnarlo significa prendere coscienza di ciò che fa. La persona spesso continua con le azioni abituali senza riflettere (Langer, 2008).
Le azioni che partono da un punto di vista unico: in casi di istruzioni molto specifiche, la mente si concentra su queste senza prendere altre soluzioni in considerazione, cerca solo il risultato finale e il successo. Quindi non siamo consapevoli di ciò che facciamo a meno che non si presenti una difficoltà (Langer, 2008).

L'inconsapevolezza ha molte conseguenze: un'immagine ristretta di sé, crudeltà non intenzionale, perdita di controllo nel fare scelte intelligenti, impotenza appresa, potenziale inibito. Sembra che maggior consapevolezza diminuisca la depressione associata all'anzianità, renda le persone più fiduciose; si prende anche in considerazione che le disposizioni mentali negative possono portare alla realtà rendendo una determinata cosa negativa (Langer, 2008). Infatti le persone inconsapevolmente si identificano con un determinato pensiero e credono di essere ciò che pensano. I pensieri negativi portano a vedere negatività o credere di essere negativi, perciò identificarli ed esercitare il distacco e accettazione, ci aiuta ad allontanarli (Didonna, 2012).
Pregiudizi, schemi ripetitivi, generalizzazione, sono metodi che il nostro cervello sceglie di usare per adattarsi all'ambiente e quindi comprendere la realtà, questo però non è benessere (Siegel & Amadei, 2011).

2.1.5 Consapevolezza

La mindfulness, come già scritto, è una pratica meditativa che lavora sulla consapevolezza, essa è intesa come modo di essere nel presente, essere consapevoli e riflettere sui vari aspetti della mente, quindi prestare attenzione, fermare gli automatismi, poter fare delle scelte e cambiare. La mindfulness è una forma particolare di consapevolezza, valorizza la vita, che senza di essa può risultare vuota e noiosa. Essa rende le persone consce di essere vive in quel momento (Siegel & Amadei, 2011). Essa è un modo per uscire dalla trance della vita quotidiana, piena di abitudini consce, inconsce, automatiche e abituali (Didonna, 2012). Si può pensare alla frase vivere per il momento presente, ma non è questo il senso, il significato è vivere nel momento (Kabat-Zinn, 2016). "La consapevolezza ci vuole far rendere conto che il presente è il solo momento di cui disponiamo, nel quale possiamo conoscere qualcosa, percepire, sentire, imparare, cambiare, guarire, imparare questo rende la nostra vita più reale" (Kabat-Zinn, 2016, p. 67).

Questa consapevolezza può dare uno spazio di sicurezza, cioè una base sicura, una modalità di essere semplicemente nel presente, non interessata agli scopi. Da ricordare che la mindfulness non è fuga dalla realtà, ma essere nella realtà con lucidità e chiarezza (Centro Italiano Mindfulness, 2016).

2.1.6 Partecipazione

Questo percorso di consapevolezza non può essere compiuto da altri, deve essere la persona ad impegnarsi in esso ed eseguirlo, l'essere presente non è una capacità che si può insegnare o imparare, perché appartiene già ad ogni individuo (Stahl & Goldstein, 2015). Infatti nessuno può vivere la vita di qualcun altro, perciò bisogna prendersi cura di se stessi (Kabat-Zinn, 2016). Ciononostante la concentrazione non è un'abilità universale in quanto non viene insegnata, è l'incapacità di questa rende

difficile prendere consapevolezza nella vita. Concentrarsi significa mettere a fuoco, cioè vedere chiaramente. Per sviluppare questa capacità bisogna praticarla, il modo più semplice è con gli esercizi formali di concentrazione: ad esempio scegliere un oggetto, suono o sensazione ed osservarlo, quando ci accorgiamo che ci stiamo distraendo, bisogna ritornare con l'attenzione su di esso (Siegel, 2015).

2.1.7 Pratica

La mindfulness si può praticare informalmente o formalmente: la pratica formale consiste nel prendersi del tempo ogni giorno per prestare attenzione al respiro, al corpo, pensieri ed emozioni, la pratica informale invece si basa sull'essere consapevoli nelle attività quotidiane svolte come alimentarsi, fare sport, relazionarsi con gli altri. Utilizzando le pratiche informali e formali ed unendole, la consapevolezza esisterà in tutte le esperienze e azioni che si compiono, e tutto diventerà disciplina di mindfulness, quindi non vivere giorno per giorno ma un momento alla volta (Stahl & Goldstein, 2015). Durante le prime meditazioni si scopre che la mente è vivace e si distrae facilmente, in quel momento non bisogna essere severi o sforzarci eccessivamente, perché la mente si ribella, allo stesso tempo rilassarsi troppo porta a divagare e perdere del tutto la concentrazione, sbagliare aiuta a trovare il corretto equilibrio (Siegel, 2015).

Infatti la mindfulness ha anche delle altre qualità oltre la consapevolezza: essere partecipe con curiosità, apertura, accettazione e amore. Ossia essere gentili con noi stessi, rivolgendosi con amore e alimentandolo, senza entrare in disposizioni mentali negative (Siegel & Amadei, 2011). Come detto la mente è vivace e si distrae facilmente, in quel caso la si riporta con amorevole gentilezza e senza giudicare al momento presente (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.8 Equivoci comuni

In Occidente esistono molte idee sulla meditazione, molte di queste sono errate, perciò spiegare gli equivoci comuni può aiutare a comprendere meglio la mindfulness.

1. Mindfulness non significa avere la mente vuota, la mindfulness cerca di allenare la mente nell'essere consapevole sulle sue azioni e dei propri pensieri mentre questi comportamenti e idee avvengono.
2. Mindfulness non è privazione di emozioni, anzi essa ricerca proprio il contrario. Si pratica l'osservazione consapevole dei pensieri e contenuti della mente e quindi le nostre emozioni, perciò la nostra abilità di riconoscere e comprendere cosa proviamo e pensiamo aumenta con il tempo.
3. Mindfulness non è ricerca di felicità, non si cerca di arrivare ad un momento di pace e beatitudine, anzi la mente tende a vagare e le persone si agitano, il punto cardine è lasciar insorgere sia momenti piacevoli che spiacevoli e lasciarli andare senza aggrapparsi a loro, pur essendo piacevoli.
4. Mindfulness non è fuggire dalla vita, nonostante sia una pratica portata avanti nei monasteri non significa doversi allontanare dal mondo, anzi le difficoltà della vita vengono vissute in modo vivido poiché ci si prende il tempo per viverle appieno.
5. Mindfulness non è allontanarsi dal dolore, bensì ci può aiutare a gestirlo e sopportarlo meglio, non si cerca di compiere azioni automatiche che ci portano a posizioni di benessere, ma di rimanere nella posizione in cui siamo. Ad esempio durante la meditazione e cercare di non compiere movimenti automatici e inconsci. Ciò porta a vivere il dolore in modo vivido, e più si accettano e

sperimentano queste esperienze spiacevoli, maggiore diventa la nostra sopportazione (Didonna, 2012).

2.1.9 Atteggiamenti fondamentali

Gli atteggiamenti fondamentali sotto elencati sono una importante base per la disciplina della consapevolezza, essi servono ad alimentare e rafforzare la pratica, non sono scollegati l'uno con l'altro, anzi rafforzarne uno determina il miglioramento degli altri (Stahl & Goldstein, 2015). Gli atteggiamenti con cui approcciamo la pratica influenzano i benefici, alcuni comportamenti possono essere controproducenti, ad esempio quando cerchiamo di concentrarci allora diventa forzato e difficile farlo:

- Non giudizio: osservare senza dare giudizi, senza etichettare, ma guardare con attenzione e accettare i sentimenti, pensieri, indifferentemente da quali essi siano. Per riuscirci dobbiamo notare i giudizi, non reprimerli ma capire che esistono e distaccarcene, infatti gli esseri umani etichettano e categorizzano quasi tutto ciò con cui vengono a contatto, ad esempio buono, cattivo, neutro. E' necessario quindi adottare una prospettiva più ampia e imparziale.
- Pazienza: comprendendo e accettando che ogni cosa ha bisogno del suo tempo, si sviluppa la pazienza, che dobbiamo coltivare per il nostro corpo e mente e non innervosirci con noi stessi.
- Mente del principiante: vedere tutto come se fosse la prima volta, quindi in modo fresco e curioso senza farsi influenzare dalle esperienze passate.
- Fiducia: credere in sé stessi e nelle proprie intuizioni, seguirsi come guida e non farsi influenzare dagli altri o ritenerli modelli perfetti, bisogna diventare se stessi, ascoltarsi e fidarsi, così ci si può anche fidare degli altri.
- Non cercare risultati: la meditazione è non fare ma prestare attenzione, non pretendere da esse un alleviamento del dolore o una guarigione, non cercare di essere da un'altra parte in altri modi, non legarsi ma accogliere il cambiamento e quello che accade.
- Accettazione: accettare le cose così come sono
- Lasciare andare: ci sono dei pensieri, emozioni, ricordi che cerchiamo di tenere e altri che cerchiamo di respingere, bisogna lasciare che le cose siano come sono senza evitarle o cercarle, accettare ciò che c'è e com'è (Kabat-Zinn, 2016).

Gli atteggiamenti prima citati sono importanti, però ci sono anche altri tre elementi, che vengono ritenuti altrettanto fondamentali: motivazione, autodisciplina e intenzionalità. Per poter creare una forte pratica di meditazione e consapevolezza ci vuole impegno e autodisciplina, infatti nel corso tutti praticano e nessuno è osservatore. Oltre a ciò è richiesta la costanza di praticare ogni giorno, perciò bisogna anche riorganizzare la propria giornata per 45 minuti di pratica quotidiana. L'idea non è un corso di 8 settimane e poi smettere ma di continuare, quindi un nuovo stile di vita, questo porta a molta motivazione e autodisciplina, infatti prendersi del tempo per sé stessi sembra impossibile (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.10 Respiro

Il respiro è un altro aspetto importante per la pratica della mindfulness, oltre ad essere vitale per la sopravvivenza dell'essere umano ha un ruolo fondamentale per la meditazione, è un ottimo strumento per sviluppare la capacità di consapevolezza. Infatti esso è ritmico, varia continuamente anche influenzato dallo stato emotivo e questo ci

rende connessi all'esperienza dell'essere vivi e familiarizzare con i cambiamenti, incrementare la flessibilità e rimanere attenti. Portare attenzione al respiro ci porta al qui e ora. Ci sono tre punti da cui si può osservare il respiro durante l'inspirazione e l'espirazione: narici, petto, addome. E' indifferente quale punto si sceglie, l'importante è mantenere la concentrazione e consapevolezza istante per istante in quel punto, senza influenzare il respiro ma solo osservarlo. Perciò sentire le sensazioni legate al respiro e seguire i loro cambiamenti. Osservare il respiro dalla pancia è calmante, questo perché la pancia è lontana dalla testa e i suoi pensieri, quindi calma e non agitata, per cui è un buon modo per ritornare all'equilibrio. Si può paragonare la zona addominale alle profondità del mare, esse sono calme anche se la superficie è agitata. In questo modo anche la prospettiva cambia, infatti essa è più vasta e imparziale respirando dalla pancia; perciò portare l'attenzione alla respirazione addominale favorisce un momento di consapevolezza (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.11 Postura

La postura/posizione durante la meditazione non è prestabilita, quindi può essere seduta, sdraiata, in piedi, l'importante è essere svegli e vigili, si possono tenere gli occhi chiusi o aperti, l'importante è essere concentrati (Stahl & Goldstein, 2015). Dopo alcuni minuti in una determinata posizione la mente diventa irrequieta, dopo poco anche il corpo diventa inquieto richiedendo un cambio di posizione o di fare altro, questo processo funziona anche al contrario. A quel punto si deve notare l'impulso e riportare l'attenzione al respiro e continuare ad osservarlo momento per momento e non rispondere all'impulso (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.12 Corpo

Altro importante punto è il "sentirsi a casa nel nostro corpo" (Kabat-Zinn, 2016, p. 145), abitare il corpo è il primo passo per occuparsene, curarlo, più lo conosciamo e ascoltiamo i suoi messaggi più si è a contatto e si ha fiducia in esso. Il corpo compie molte azioni eppure non viene spesso apprezzato, non sentendoci a casa in esso anche vivere l'intimità e i sentimenti che proviamo in relazione ad esso sono limitati. Una tecnica rilevante per la mindfulness è l'esplorazione del corpo, bodyscan in inglese, esso si esegue di norma sdraiati sulla schiena, ci si deve concentrare a portare l'attenzione alle varie parti del fisico una dopo l'altra seguendo la sequenza proposta. Questa pratica serve per abitare ogni parte del corpo, fermandosi del tempo su ognuna. In questo modo si impara a tenere l'attenzione concentrata per un determinato tempo. Durante questo esercizio bisogna usare la mente del principiante, quindi esplorare il corpo ogni volta come se fosse la prima volta, anche perché ogni volta esso è diverso perché noi cambiamo sempre. In caso di distrazione si deve riportare l'attenzione al corpo con gentilezza accettando la distrazione (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.13 Yoga

Un alleato fondamentale per stare consapevolmente nel corpo è lo hatha yoga. Esso crea rilassamento, forza, equilibrio, ci aiuta a conoscerci profondamente, però anche esso non deve avere meta o forzature, si deve accettare il proprio corpo così com'è in quell'istante. Può essere praticato ovunque e basta respirare e riuscire a fare alcuni movimenti volontari. Ascoltarlo, accettarlo e rispettarlo ed andare con prudenza per poterlo conoscere e comprendere i limiti ed esplorarli modo leggero. I limiti del corpo tendono a diminuire se si lavora vicino ad essi, così anche per le nostre opinioni, quindi non si può rimanere rigidi. Inoltre praticare yoga porta energia (Kabat-Zinn, 2016).

2.1.14 Camminata

Per iniziare ad avere consapevolezza nella vita di tutti i giorni si può praticare la meditazione del camminare, quindi essere consapevoli in ogni attimo durante questa attività. Questo significa sentire il piede a contatto con il terreno, le gambe che compiono movimenti, si possono includere anche le sensazioni e l'attenzione al respiro. Durante la pratica non si deve guardare in giro o guardare i piedi, ma avere lo sguardo verso terra davanti a sé, l'attenzione è introspettiva, su ciò che si prova, camminare sapendo di camminare. Importante è non avere uno scopo, un luogo dove andare, ma essere presenti nei passi. Anche passeggiare in tondo in casa aiuta, perché non si va da nessuna parte e non ci sono troppe distrazioni.

2.1.15 Scale di valutazione

Per misurare la mindfulness sono stati creati molti strumenti, quasi tutti utilizzano metodi di auto-valutazione. Essi aiutano a comprenderla meglio, i cambiamenti che ci sono praticandola e la relazione con altre strutture psicologiche.

1. Il Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), esso è composto da 30 elementi (items) creato per valutare "la capacità dell'osservazione non-giudicante nel momento presente e l'apertura verso esperienze negative in meditatori esperti". E' stata creata anche una versione con 14 elementi per i non meditanti (Didonna, 2012, p. 234).
2. La Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), è composta da 15 elementi che valutano la "tendenza generale a prestare attenzione e a essere consapevoli delle esperienze del momento presente nella vita quotidiana" (Didonna, 2012, p.235).
3. La Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) è formata da 39 elementi e valuta 4 aspetti: "osservare, descrivere, agire con consapevolezza e accettazione non giudicante" (Didonna, 2012, p.236).
4. La Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R) comprende 12 elementi, "misura l'attenzione, la focalizzazione nel momento presente, la consapevolezza e l'accettazione dei pensieri e degli stati d'animo nell'esperienza generale del quotidiano" (Didonna, 2012, p.236).
5. La Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ) prevede 16 elementi, "valuta il grado in cui si risponde in modo consapevole ai pensieri e immagini disturbanti" (Didonna, 2012, p. 237).
6. La Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS), include 20 elementi, ci sono due fattori misurati in modo separato: accettazione e consapevolezza (Didonna, 2012).
7. La Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) è costituita da 39 elementi; i questionari precedenti, tranne il PHLMS sono stati esaminati e si è potuto vedere che erano correlati tra loro e con altre variabili, però dalla loro formulazione possono misurare aspetti in qualche modo differenti. Quindi i vari elementi sono stati raccolti e studiati per formulare altri fattori. Per cui questa scala può essere usata sia per i meditanti che per i non, e si è potuto notare che il livello di mindfulness si può collegare al funzionamento psicologico (Didonna, 2012).
8. La Toronto Mindfulness Scale "valuta il livello di raggiungimento dello stato di consapevolezza durante una seduta di meditazione appena avvenuta" (Didonna, 2012, p. 240).

2.1.16 Tipologie di protocolli Mindfulness

La MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) è stato il primo protocollo Mindfulness realizzato, in seguito ne sono stati creati vari basati sul suo approccio e struttura, da utilizzare in ambienti come scuole, prigioni (Crane et al., 2017), ad esempio MBCT, MBRP, MSC, MAP, MBPIT, MB-EAT.
Il protocollo Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ha come obiettivo prevenire la ricomparsa della crisi depressiva, esso combina il protocollo MBSR con i principi della terapia cognitiva. Si occupa soprattutto del modo in cui funziona la mente, di meno dei contenuti, e di identificare che sono pensieri, non sono la realtà e di abbandonarli per agire senza essere influenzati. Il protocollo Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) è stato creato per la prevenzione della ricaduta di addiction. Esso insegna a sviluppare accettazione e compassione per se stesso e la propria situazione, fornisce metodi per riconoscere i triggers e i pensieri, emozioni ad essi associati. Vengono usati delle parti dei protocolli di MBSR e MBCT (Clementi, 2017).
La Mindful Self-Compassion (MSC) ha la durata di 8 settimane e l'obiettivo è aumentare capacità di compassione verso sé (Center for Mindful Self-Compassion, 2016). Mindful Awareness Practices (MAP) sono una serie di pratiche da sei settimane, finalizzate a comprendere i fondamenti della mindfulness per sviluppare una pratica personale di meditazione e applicare i principi durante le attività quotidiane (UCLA Health, 2017).
MBPIT è Mindfulness-Based Program in Inpatient Treatment, quindi l'utilizzo della mindfulness in pazienti ricoverati in ospedale. La durata del ricovero è di 4 settimane con uso del MBCT e skills groups. Mindfulness Based Eating Awareness (MB-EAT) è un programma che prende spunto da MBSR, esso aiuta a diminuire sia le abbuffate nei disturbi alimentari che i sintomi delle malattie depressive (Didonna, 2012).
Per gli approcci basati sulla Mindfulness sono importanti le risorse della persona e le sue potenzialità, e la capacità di guarire e di curarsi (Didonna, 2012).

2.2 Mindfulness-Based Stress Reduction

Il protocollo MBSR è stato sviluppato dal professore Jon Kabat-Zinn alla fine degli anni '70 in Massachusetts. La MBSR ha avvicinato la mindfulness a persone con varie patologie croniche (Siegel & Amadei, 2011) e con persone, che sono sopraffatti da richieste collegabili allo stress, affinché imparino ad affrontare le sfide della vita (Crane et al., 2017), con i risultati di diminuire la sofferenza, migliorare la funzione immunitaria del paziente, quindi accrescere il senso del benessere (Siegel & Amadei, 2011).

"MBSR è un veicolo di apprendimento attivo, in cui la gente impara a servirsi dei punti di forza che già possiede e ad aiutarsi da sé a migliorare il proprio stato di salute e il proprio benessere sia fisico, sia psicologico. Muoversi verso la guarigione e la pace interiore richiede uno sforzo cosciente, significa imparare a lavorare proprio con quello stress e quel dolore che ti fanno soffrire" (Kabat-Zinn, 2016, p.33). La sfida è trovare le risorse interne per imparare, guarire e trasformarsi. (Crane et al., 2017).

Lo stress è un concetto vasto e complesso, si manifesta in molte dimensioni: sociale, fisiologico e psicologico, è importante imparare ad affrontarlo perché una vita senza esso non esiste. Difatti non è per forza negativo, inizialmente può essere positivo/eustress e portare ad una crescita fisica o psichica, nel caso in cui si protrasse diventerebbe distress. La risposta naturale è fuga o attacco, però gli esseri umani possono reagire in modi diversi e in questo modo gli effetti negativi di esso diminuiscono (Kabat-Zinn, 2016).

2.2.1 Curriculum MBSR

Il programma dura 8 settimane e deve essere praticato tutti i giorni, 6 volte alla settimana per 45 minuti (Kabat-Zinn, 2016).
In seguito è presente lo schema delle attività che avvengono durante ogni lezione del protocollo e degli esercizi da compiere a casa. Tutte le lezioni sono divise tra pratiche formali, informali e discussioni in gruppo o piccoli gruppi. Ogni settimana è presente un tema specifico.

Prima lezione:

- il tema è spiegare la mindfulness, l'importanza del respiro, costruire fiducia nel gruppo, iniziare ad esplorare, credere di potersi vedere con occhi diversi;
- esercizio di meditazione, nel quale diventare attenti dei pensieri, emozioni, con discussione di gruppo su ciò che si è provato e spiegazione sulla mindfulness;
- una riflessione individuale o in piccoli gruppi sul motivo per cui si è al corso;
- una discussione di gruppo nella quale ci si presenta e si spiegano i motivi per cui si è lì, e si condividono le sensazioni provate durante le pratiche;
- alcuni esercizi di yoga in piedi;
- una pratica informale, quella del mangiare l'uvetta in modo consapevole;
- esercizio di respiro addominale;
- il bodyscan e condivisione da parte dei partecipanti sull'esperienza;
- finire la serata con un breve esercizio di attenzione sul respiro (Santorelli, Kabat-Zinn, Blacker, & Meleo-Meyer, 2017).

Compiti della prima settimana:

- praticare almeno 6 volte il bodyscan (Santorelli et al., 2017), circa 45 minuti, guidata da una voce registrata. Non importa in quale periodo della giornata si pratichi, si deve cercare un momento in cui non ci si addormenti facilmente, in quel caso si possono tenere gli occhi aperti. La si deve compiere come se fosse la prima volta abbandonando le aspettative, l'importante è farla (Kabat-Zinn, 2016);
- esercizio dei nove punti da collegare con una penna senza staccarla dal foglio;
- mangiare almeno qualche boccone se non un pasto in modo consapevole;
- opzionale: informalmente e con consapevolezza riconoscere momenti di consapevolezza senza giudizio (Santorelli et al., 2017).

Seconda lezione:

- il tema è il reagire creativamente e la percezione, la nostra visione sulle cose ci condiziona su come reagiamo automaticamente ad esse, comprendere che è reazione che influenza la salute e non lo stressore;
- insegnate nuove posizioni di yoga;
- il bodyscan;
- discussione sugli esercizi a casa, sui limiti e difficoltà durante gli esercizi;
- comprendere dall'esercizio dei 9 punti che esistono dei comportamenti usuali, spesso non produttivi;
- introdotta la meditazione da seduti con attenzione al respiro;
- finire la serata con un breve esercizio di attenzione sul respiro (Santorelli et al., 2017).

Compiti a casa:

- gli esercizi a casa sono introdurre la mindfulness in un'attività di routine come lavare le pentole, leggere (Santorelli et al., 2017), bere il caffè, quello che è fondamentale non è l'azione che si fa ma essere coscienti di ciò che si compie mentre lo si esegue, quindi anche dei pensieri, emozioni e come si manifestano. Se si ha difficoltà ad eseguire più attività, si può eseguirne una sola a settimana ripetuta tutti i giorni. Si può subito notare la difficoltà di essere presenti senza distrarsi (Kabat-Zinn, 2016);
- continuare con il bodyscan come la prima settimana;
- tutti i giorni anche 10/15 minuti di meditazione da seduti sul respiro senza un cd (Santorelli et al., 2017);
- scrivere quotidianamente un evento piacevole avvenuto (Santorelli et al., 2017), considerando come è stata l'esperienza, come si sentiva il corpo, con quali pensieri ed emozioni, e il significato dell'esperienza (Kabat-Zinn, 2016).

Terza lezione:

- il tema è il piacere e forza nello stare nel presente, indagare di come sono le cose nel corpo e nella mente;
- la meditazione seduta con attenzione sul respiro;
- discussione sulle pratiche, le difficoltà e i limiti;
- esercizi di yoga sdraiati e discussione sulla pratica;
- discutere del calendario con le esperienze piacevoli e le sensazioni e pensieri provati;
- finire la serata con un breve esercizio di attenzione sul respiro (Santorelli et al., 2017).

Compiti per la settimana:

- alternare bodyscan con yoga da sdraiati (Santorelli et al., 2017), ma eseguire solo ciò che ci si sente di fare, ascoltare il corpo e i suoi segnali, chiedere sempre consulto al medico in caso di problematiche di salute (Kabat-Zinn, 2016);
- continuare con meditazione da seduti con attenzione al respiro ogni giorno, 15/20 minuti, riempire il calendario con gli eventi spiacevoli (Santorelli et al., 2017).

Quarta lezione:

- il tema è come la percezione condiziona la nostra vita, coltivare curiosità e apertura ci porta ad essere più flessibili, nuove strategie per affrontare positivamente lo stress, la pratica ci aiuta a riconoscere comportamenti automatici;
- yoga in piedi;
- la meditazione da seduti con discussione sulla difficoltà e dolori provenienti dalla postura e delle emozioni o pensieri suscitati;
- discussione di gruppo parlando delle sensazioni fisiche che si provocano praticando, parlare degli eventi spiacevoli della settimana, sui pensieri e sentimenti provati, cercando di collegarli allo stress;
- come pratica informale ricordare l'attenzione nell'ascoltare e nel parlare;
- finire con breve meditazione da seduti (Santorelli et al., 2017).

Compiti per la settimana:

- alternare bodyscan con yoga da sdraiati;
- meditazione da seduti con attenzione al respiro, alle sensazioni e al corpo per 20 minuti;
- essere consapevoli delle risposte automatiche allo stress e comportamenti senza cambiarli;
- essere consapevoli di quando si bloccano i sentimenti, si cerca di renderli meno forti durante la settimana;
- leggere materiale sullo stress (Santorelli et al., 2017).

Quinta lezione:

- i temi sono: comprendere come si può essere bloccati in un momento della propria vita e vedere i vari tipi di coping usati dalle persone; il secondo tema è associare mindfulness con le sensazioni e percezioni provate;
- praticate alcune sequenze di yoga in piedi;
- meditazione da seduti (Santorelli et al., 2017) aumentando il campo di attenzione: la respirazione, sensazione nel corpo, pensieri, suoni, emozioni, fino a una consapevolezza senza scelta di quello che è più presente nell'esperienza provata, quindi una presenza aperta. (Kabat-Zinn, 2016);
- pratica informale di ascolto e parlare con attenzione, discussione di gruppo sugli esercizi fatti, le sensazioni e pensieri, limiti;
- finire con breve meditazione da seduti (Santorelli et al., 2017).

Compiti delle settimana:

- la meditazione da seduti praticata alla lezione, e alternarla con yoga in piedi, oppure bodyscan o yoga sdraiati;
- compilare il calendario delle comunicazioni difficili (Santorelli et al., 2017).

Sesta lezione:

- i temi sono: le comunicazioni difficili e le emozioni e comportamenti suscitati da esse;
- yoga in piedi;
- meditazione da seduti con meno istruzioni e più silenzio e discussione sulla pratica a casa;
- pratica informale in gruppetti dell'ascolto e parlare con attenzione;
- discussione ed esercizi di gruppo e in gruppetti sulla comunicazione esempio passiva, aggressiva, assertiva;
- finire con breve meditazione seduta o sul respiro (Santorelli et al., 2017).

Compiti della settimana:

- alternare meditazione da seduti alternando bodyscan o yoga (Santorelli et al., 2017).

Settima lezione:

- il tema è integrare la mindfulness in modo maggiore nella vita quotidiana e riflettere sullo stile di vita e scelte;
- meditazione seduta;
- yoga o camminata;
- finire con esercizio breve sul respiro (Santorelli et al., 2017).

Compiti:

- per la settimana non usare la voce registrata, ma praticare una delle pratiche a scelta da soli ogni giorno per 45 minuti e in seguito praticare il più possibile la pratica informale (Santorelli et al., 2017).

Ottava lezione

- il tema è continuare a praticare tutti i gironi nonostante la fine del corso;
- il bodyscan;
- yoga;
- meditazione da seduti;
- si scrive una lettera a se stessi su cosa si vuole ricordare, e gli obiettivi per i prossimi 3 mesi e 3 anni;
- si discute com'è stato praticare senza la guida della voce, di cosa si ha bisogno per continuare a praticare senza difficoltà e come creare il tempo, condividere con il gruppo le proprie esperienze. Per la vita continuare a praticare (Santorelli et al., 2017). In questo momento si comprende di avere una familiarità e questo può essere di grande aiuto, perché si può comprendere meglio quale pratica sia più utile in un determinato momento, ad esempio se si è stanchi e tesi lo yoga può aiutare a rienergizzarsi, al contrario l'esplorazione da sdraiati può portare giovamento durante un'influenza;
- questa ultima settimana è anche la prima di pratica autonoma, viene detto che questa settimana dura per il resto della propria vita, viene concepita come inizio e non come fine, essa è un trampolino di lancio perché continua ininterrottamente (Kabat-Zinn, 2016).

2.3 Psiconeuroendocrinoimmunologia

La psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) è un campo di ricerca che si interessa alle relazioni bidirezionali tra la psiche e i sistemi biologici (Carosella & Bottaccioli, 2003); in particolare studia la relazione tra attività mentale, sistema nervoso, endocrino e immunitario (Bottaccioli, 2012). Questi sistemi comunicano tra di loro, infatti è presente un pool di molecole, che possono essere prodotte indifferentemente da cellule nervose, endocrine o immunitarie (Bottaccioli, 2007). Alla fine del 1920 viene dimostrato che alcuni neuroni dell'ipotalamo producevano sostanze ormonali, 20 anni dopo si scoprirono i collegamenti tra ipotalamo e ipofisi. Si scopre che i peptidi, che si ritenevano prodotti solo da neuroni, vengono generati anche da cellule endocrine e immunitarie (Bottaccioli, 2014).

Rivedendo gli accenni storici, la storia della PNEI inizia nel 1936 con Hans Selye e i suoi studi sullo stress, lui dimostrò come la reazione allo stress sia indipendente dalla tipologia dello stimolo: ad esempio i fattori psicologici, come emozioni, fisici, come la temperatura o quelli infettivi come i virus, possono attivare la cascata chimica che rilascia ormoni e neurotrasmettitori dalle ghiandole surrenali (Ricci Bitti & Gremigni,

2013). Con gli anni si è potuto comprendere che non è lo stressore in sé ad influenzare la salute, ma come esso viene affrontato (Kabat-Zinn, 2016).

Candace Pert (Bottaccioli, 2014) scopre poi come i neuropeptidi, prodotti dal tessuto periferico nervoso, sono i comunicatori tra sistema nervoso e il sistema immunitario. Negli anni ’80 viene dimostrata la base molecolare della comunicazione bilaterale tra cervello e sistema immunitario scoprendo che i linfociti posseggono recettori sia per gli ormoni che per i neurotrasmettitori prodotti dal cervello, e che allo stesso momento producono ormoni e neurotrasmettitori simili a quelli celebrali (Carosella & Bottaccioli, 2003). Le fibre nervose periferiche sono capaci di rilasciare neuropeptidi che possono influenzare la risposta immunitaria, quindi un’infiammazione può avere una genesi nervosa (Ricci Bitti & Gremigni, 2013). Arrivare a questa conclusione non è stato semplice, infatti la prima idea tradizionale era che il cervello è un organo a sé, perché protetto dalla barriera ematoencefalica, quindi non accessibile da parte degli altri sistemi; la seconda idea era che un sistema mobile come il sistema immunitario non potesse interagire con uno statico come il cervello (Bottaccioli, 2014). Negli anni ’90 vari studi hanno portato a dimostrare che la non corretta regolazione del sistema dello stress a causa delle emozioni o traumi a lungo termine causa problematiche del sistema immunitario, ad esempio l’incapacità di combattere virus; un’iperattivazione cronica dello stress può creare problematiche a malattie in apparenza non connesse, ad esempio disordini metabolici come iperglicemia, diabete. Inoltre i sistemi biologici possono avere delle influenze a livello psichico e il contrario: ad esempio durante la depressione viene prodotta infiammazione e un’infiammazione può dare depressione. E’ anche dimostrato che malattie cardiache sono influenzate dall’umore. In poche parole i vari sistemi sono collegati tra loro e facilmente influenzabili; visto che le patologie possono essere causate da cause psichiche e non solo fisiche, la parola chiave è integrazione (Bottaccioli, 2014).

3. ANALISI

Ho deciso di usare delle tabelle per ogni studio in modo da poter presentare le informazioni ritenute principali per ognuno di essi. Successivamente ho tratto una sintesi delle informazioni ritenute rilevanti.

3.1 Tabelle

Titolo articolo	Mindfulness-Based Stress Reduction: Pilot Study of a Treatment Group for Patients with Chronic Pain in a Primary Care Setting
Autori	Beaulac J. & Bailly M.
Anno; rivista	2015; Primary Health Care Research & Development
Luogo	Winnipeg, Manitoba, Canada
Tipologia di studio	Studio pilota- non è un design sperimentale; 1 solo gruppo
Campione	Dolore cronico, 26 persone; 17 completato il programma
MBSR modifiche	Nessuna riferita
Obiettivi/ipotesi	Valutare il MBSR su un gruppo con dolore cronico, in relazione a dolore disabilitante, dolore soggettivo, e distress psicologico collegabile al dolore e livelli di partecipazione
Risultati	Miglioramento per il dolore disabilitante, i livelli distress psicologico, intenzione di sperimentare il dolore livelli di partecipazione nella vita quotidiana
Criteri inclusione	Non riferito
Criteri di esclusione	Non riferito
Scale di valutazione	Kessler Psychological Distress Scale, Pain Disability Index, Visual Analogue Pain Intensity Scale, Chronic Pain Acceptance Questionnaire-Revised, Client Satisfaction Questionnaire

(Beaulac & Bailly, 2015)

Titolo articolo	A Pilot Study Evaluating the Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Psychological Status, Physical Status, Salivary Cortisol, and Interleukin-6 Among Advanced-Stage Cancer Patients and Their Caregivers
Autori	Lengacher C. A., Kip K. E. et al
Anno	2012; Journal of Holistic Nursing
Luogo	South Florida, USA
Tipologia di studio	Studio pilota, 1 solo gruppo
Campione	Persone con tumore avanzato e caregivers, 52 persone; 47 hanno completato il corso
MBSR modifiche	MBSR adattato al carcinoma: MBSR-C, cioè avere 3 incontri di persona e 3 da audio cd; modificato il numero di settimane da 8 a 6
Obiettivi/ipotesi	MBSR-C migliori i sintomi fisici e psicologici, la qualità di vita, i marcatori dello stress (cortisolo e interleuchina 6) dei pazienti e caregivers
Risultati	Per pazienti: miglioramento in stress percepito, ansia, depressione, stato emozionale, qualità di vita. Quando presente miglioramento sulla depressione nel paziente anche caregiver sta meglio. I miglioramenti per i caregiver a livello psicologico esistono, ma sono piccoli e non statisticamente significativi. Livello cortisolo nella saliva: si è notato una diminuzione significativa tra la prima e la terza settimana, quindi le persone erano più rilassate, anche se nelle settimane successive questi miglioramenti erano meno significativi. Interleuchina 6: diminuzione minori confrontati al cortisolo ma notabili tra iniizo e fine corso, presenti maggiormente nei caregivers
Criteri inclusione	Pazienti: almeno 21 anni; carcinoma 3° o 4° stadio, tumore al colon, seno, polmoni o prostata; sottoposti ad intervento e a trattamenti con radio o chemioterapia; caregiver familiare che si occupano di loro o gli aiuta per gli appuntamenti. Caregivers: almeno 18 anni; livello d'inglese fino 8° anno di scolarizzazione; nessuna diagnosi di cancro negli ultimi 4 anni
Criteri di esclusione	Persone con gravi malattie psichiatriche, ad esempio bipolare; o deficit cognitivi
Scale di valutazione	Perceived Stress Scala, Epidemiological Studies Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), The Medical Outcomes Studies Short-Form General Health Survey

(Lengacher et al., 2012)

Titolo articolo	Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Insomnia in Adults Older than 75 Years: a Randomized, Controlled Single-Blind Clinical Trial
Autori	Zhang et al
Anno; Rivista	2015; Explore (N.Y)
Luogo	China
Tipologia di studio	Trial clinico, due gruppi a confronto
Campione	60 persone con problemi di insonnia
MBSR modifiche	Non eseguito yoga a causa dell'età del campione
Obiettivi/ipotesi	Valutare efficacia MBSR per adulti sopra i 75 anni con insonnia
Risultati	Miglioramenti per il sonno e depressione. Nessun cambiamento per l'ansia
Criteri inclusione	Sopra 75 anni; insonnia da 6 mesi e conclamata, soddisfa DM-4; riferisce difficoltà di funzionamento durante il giorno
Criteri di esclusione	Presenza altre malattie psichiatriche o altri seri problemi fisici; demenza; uso meditazione o zen in passato; allettati o impossibilitati a seguire il programma; con demenza
Scale di valutazione	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Geriatric Depression Scale (GDS)

(Zhang et al., 2015)

Titolo articolo	Effects of Mindfulness Meditation on Occupational Functioning and Health Care Utilization in Individuals with Anxiety
Autori	Hoge et al
Anno e rivista	2017; Journal of Psychosomatic Reaserch
Luogo	USA
Tipologia di studio	Test clinico, due gruppi a confronto
Campione	57 persone che soffrono di disordine generalizzato d'ansia
MBSR modifiche	Nessuna riferita
Obiettivi/ipotesi	Esaminare gli effetti MBSR sul funzionamento professionale
Risultati	Diminuzione dei giorni parziali di assenteismo dei partecipanti del gruppo MBSR. Nessun cambiamento per i giorni totali di assenteismo o visita di professionisti di salute mentale. Nel follow-up una diminuzione per le visite dai professionisti di salute mentale e minori giorni parziali di assenteismo, per chi continua a praticare per molti minuti al giorno MBSR
Criteri inclusione	Criteri adeguati per il DSM 4 per disordine generalizzato d'ansia, punteggio minimo di 20 nella scala Hamilton Anxiety Rating Scale (scala per l'ansia)
Criteri di esclusione	Nessuno specificato
Scale di valutazione	World Health Organization Health Performance and Work Questionnaire

(Hoge et al., 2017)

Titolo articolo	Treating Fibromyalgia with Mindfulness-Based Stress Reduction: Results from a 3-armed Randomized Controller Trial
Autori	Schmidt et al
Anno e rivista	2011; PAIN
Luogo	Germania
Tipologia di studio	Studio controllato randomizzato; tre gruppi a confronto
Campione	Fibromialgia, 177 donne
MBSR modifiche	Non solo questionari ma anche una giacca con sensori per monitorare respirazione, attività fisica, elettrocardiogramma
Obiettivi/ipotesi	Gruppo MBSR e gruppo del ruolo attivo avranno miglioramenti in confronto ai metodi abituali; gruppo MBSR avrà dei maggiori benefici del gruppo ruolo attivo
Risultati	Diminuzione dello stress per gruppo ruolo attivo, invece la MBSR solo un miglioramento sulla Mindfulness Scale. Nessun miglioramento per il sonno, depressione, ansia, dolore
Criteri inclusione	18-70 anni; hanno fibromialgia con i criteri Amercan College of Rheumatology; conoscenza della lingua tedesca e motivazione a partecipare
Criteri di esclusione	Malattie che creano pericolo di vita; evidenze di sistema immunitario soppresso; partecipazione ad altri trial
Scale di valutazione	Quality of Life Profile for the Chronically Ill, Fibromyalgia Impact Questionnaire, Depression Scale, Pain Perception Scale, Self-Attribuition of Mindfulness, Giessen Complaint Questionnaire

(Schmidt et al., 2011)

Titolo articolo	A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction for Women with Early-Stage Breast Cancer Receiving Radiotherapy
Autori	Henderson et al
Anno	2013, Integrative Cancer Terapies; 3 gruppi a confronto
Luogo	USA
Tipologia di studio	Studio controllato randomizzato
Campione	172 donne con cancro al seno
MBSR modifiche	Corso 8 settimane, più 3 lezioni aggiuntive specifiche per il cancro, fine del corso a 4 mesi dall'inizio, follow-up a 12 e 24
Obiettivi/ipotesi	Comprendere efficacia MBSR comparata con intervento educazionale nutrizionale e solite cure
Risultati	Miglioramento per ansia, ostilità, idee paranoidi, depressione, miglior coping, miglior controllo emozionale, spiritualità, benessere senso emotivo e sociale-familiare, miglior qualità di vita, bisogno di evitamento, senso di inutilità . Questi risultati comparivano soprattutto per chi si sottoponeva a radioterapia: A 12 mesi rimangono miglioramenti: per ruolo attivo e attivo cognitivamente nel coping, spiritualità e dare senso. A 24 mesi: rimangono positivi solo attivo cognitivamente, dare senso e preoccupazione ansiosa
Criteri inclusione	Diagnosi da meno di 2 anni, stadio 0,1, o 2
Criteri di esclusione	Diagnosi precedente di cancro negli ultimi 5 anni (non melanoma), abuso cronico di sostanze, presenti o passati problemi neurologici o psichici
Scale di valutazione	Functional Assessment of Cancer Therapy, Beck Anxiety Invenctory, Beck depression Inventory, Roseberg Self-Estreen Scale, Sense of Coherence Scale, Revised UCLA Loneliness Scale, Symptom Checklist 90-Revised, Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale, Courtauld Emozional Control Scale

(Henderson et al., 2013)

Titolo articolo	Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy (CT) or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults with Chronic Low Back Pain
Autori	Cherkin et al
Anno	2016; American Medical Association
Luogo	USA
Tipologia di studio	Studio controllato randomizzato, due gruppi
Campione	342 partecipanti, 123 hanno partecipato ad almeno 6 lezioni
MBSR modifiche	Più fedele possibile, cioè hanno cercato di diminuire il più possibile variazioni al programma originale di Kabat-Zinn ; follow-up 26°, e 52° settimana
Obiettivi/ipotesi	Miglioramenti a breve e lungo tempo con MBSR ; MBSR superiore a Cognitive Therapy
Risultati	Miglioramenti dolore per chi attende il gruppo con MBSR e CT in confronto a chi continua con le solite cure, miglioramenti simili. Follow-up miglioramenti per MBSR e CT per dolore, ma a 52° settimana altri fattori non piu', ma si notano delle differenze tra MBSR e CT. ad esempio CT migliora l'ansia e depressione in confronto a MBSR
Criteri inclusione	Dolore alla schiena da almeno 3 mesi; età 20-70 anni
Criteri di esclusione	Dolore con diagnosi specifica associata, con problematiche di compensazione, o che crea difficoltà a partecipare, che non parlano inglese
Scale di valutazione	Generalized Anxiety Disorder Scale, Back Pain Scale, Short Form Health Surveys, Chronic Pain Scale

(Cherkin et al., 2016)

Titolo articolo	Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Health Among Cancer Survivors
Autori	Matchim, Armer, & Stewart
Anno	2011; Western Journal of Nursing Research
Luogo	America
Tipologia di studio	Quasi sperimentale; due gruppi
Campione	Cancro al seno,36 partecipanti iniziali, 32 completato studio
MBSR modifiche	Nessuna modifica citata, follow-up dopo un mese
Obiettivi/ipotesi	Effetti MBSR effetti a livello fisiologico e psicologico in pz con cancro al seno (1 e 2 stadio)
Risultati	Miglior stato di consapevolezza, livelli di cortisolo, Non significativi cambiamenti dal punto di vista fisico come ritmo cardiaco(FC), frequenza respiratoria(FR), pressione arteriosa(PA)nessun significativo cambiamento di umore e nemmeno sullo stress percepito. Nei follow-up questi miglioramenti la consapevolezza si mantiene, ma no il cortisolo, si notano dei miglioramenti per FC, FR, PA e umore
Criteri inclusione	Età minima 18 anni; tumore stadio 0,1,2; comprendere inglese, fine trattamenti da un 3 mesi
Criteri di esclusione	meditazione ultimo anno, se antiipertensivi, presente attivo problema psicologico
Scale di valutazione	Profile of Mood States, Calgary Simptoms of Stress Invenctory, Five Facet Mindfulness Questionnaire

(Matchim, Armer, & Stewart, 2011)

Titolo articolo	Mindfulness Meditation Alleviates Fibromyalgia Symptoms in Women: Results of a Randomized Clinical Trial
Autori	Cash et al
Anno	2015;Annals of Bbehavioral Medicine
Luogo	USA
Tipologia di studio	Studio controllato randomizzato; due gruppi
Campione	Fibromialgia, 91 donne
MBSR modifiche	Nessuna modifica citata, follow up dopo due mesi
Obiettivi/ipotesi	Efficacia MBSR su problemi psicologici e fisiologici associati a fibromialgia
Risultati	Miglioramento sullo stress percepito, sui problemi di sonno, su fatigue e sintomi della malattia. Mantenuti nei follow-up. Nessun cambiamento per dolore, funzione fisica, livelli cortisolo
Criteri inclusione	Età minima 18; capaci di attendere le sedute settimanalmente; diagnosi verificata
Criteri di esclusione	Chi ha problematiche severe di malattie mentali
Scale di valutazione	Perceived Stress Scale, Visual Analog Scale for Pain, Stanford Sleep Questionnaire, Fatigue Symptom Inventory, Fibromyalgia Impact Questionnaire, tasso di cortisolo nella saliva

(Cash et al., 2015)

Titolo articolo	Mindfulness-Based Stress Reduction for People with Multiple Sclerosis – a Feasibility Randomised Controlled Trial
Autori	Simpson, Mair, & Mercer
Anno	2017, BMC Neurology
Luogo	Inghilterra
Tipologia di studio	Studio controllato randomizzato; due gruppi
Campione	Sclerosi multipla, 50 partecipanti, 30/50 completato il corso
MBSR modifiche	Nessuna modifica citata, follow-up a 3 mesi
Obiettivi/ipotesi	Studiare la fattibilità ed efficacia MBSR su utenti con sclerosi multipla
Risultati	Miglioramenti sullo stress, depressione, ansia, sonno e compassione verso sé, e qualità di vita. Nel follow-up risultati non tutti i risultati mantenuti, si vedono effetti postivi per mindfulness, ansia, memoria prospettiva e compassione verso sé. Nessun cambiamento per il dolore, funzione fisica e livelli cortisolo.
Criteri inclusione	Maggiorenni; diagnosi confermata da neurologo; risultato meno di 7 nella scala di disabilità/ Expanded Disability Status Scale (EDSS); scrivere e parlare la lingua inglese
Criteri di esclusione	Problemi fisici o mentali che creano rischio di vita; motivi di difficoltà es. demenza, gravidanza; ricevono al momento degli aiuti psicologici
Scale di valutazione	Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory, Perceived Stress Scale-10 – PSS, Quality of life (EQ-5D-5 L), Mindfulness Attention Awareness Scale, Self-compassion, Measure Emotional Lability Via the Emotional Lability Questionnaire

(Simpson et al., 2017)

3.2 Validità degli articoli

1. Abstract e titolo danno una chiara descrizione dello studio?
2. Introduzione e intenzione: c'era un buon background e chiara dichiarazione degli intenti dello studio?
3. Metodo e dati: è il metodo appropriato e chiaramente spiegato?
4. Campione: la scelta del campione è stata appropriata per arrivare agli obiettivi?
5. Analisi dati: è stata la descrizione dell'analisi sufficientemente rigorosa?
6. Etica e pregiudizi: le questioni etiche sono state discusse, e cosa è necessario per avere un'approvazione etica? E' stata la relazione tra ricercatori e partecipanti adeguatamente considerata?
7. Risultati: esiste una chiara dichiarazione delle scoperte?
8. Trasferibilità o generalizzazione: sono i risultati trasferibili a una popolazione ampia?
9. Implicazioni e utilità: quanto importanti sono queste scoperte per politica e la pratica? (Hawker et al., 2002, p.1296).

Ognuno di questi criteri era poi suddiviso con buono, accettabile, povero, molto povero. Io ho deciso di non usare questi dettagli, ma dare solo il punto 2 se il criterio è soddisfatto, e il punto 1 se soddisfatto solo in parte, 0 se non soddisfatto.

Articoli/criteri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	risultati
(Beaulac & Bailly, 2015)	2	2	2	1	2	0	2	0	1	12/18
(Lengacher et al., 2012)	2	2	2	2	2	0	2	0	1	13/18
(Zhang et al., 2015)	2	2	2	2	2	0	2	1	2	15/18
(Hoge et al., 2017)	1	2	2	2	2	0	2	1	2	15/18
(Schmidt et al., 2011)	2	2	2	2	2	0	2	2	1	15/18
(Henderson et al., 2013)	2	2	2	2	2	0	2	2	2	16/18
(Cherkin et al., 2016)	2	2	2	2	2	0	2	2	2	16/18
(Matchim et al., 2011)	1	2	2	2	2	0	2	1	1	13/18
Cash et al., 2015)	1	2	2	2	2	0	2	2	2	16/18
(Simpson et al., 2017)	2	2	2	2	2	0	2	1	2	15/18

Come si può notare nessuno studio risulta avere il massimo del punteggio, ad esempio nessuno di questi ha espresso un parere etico, e non tutti le ricerche possono essere trasferibili, questo perché alcuni di loro hanno un campione troppo ristretto per poter generalizzare (Hoge et al., 2017; Matchim et al., 2011; Simpson et al., 2017; Zhang et al., 2015) e due sono studi pilota (Beaulac & Bailly, 2015; Lengacher et al., 2012). Ad alcuni studi non ho assegnato il pieno punteggio per il titolo e abstract perché nel titolo non compare MBSR e ciò ha portato al rischio di scartare l'articolo se non avessi aperto gli abstract (Hoge et al., 2017); oppure l'abstract on è perfettamente chiaro (Matchim et al., 2011). Gli studi pilota sono gli articoli con meno punti 12/18 (Beaulac & Bailly, 2015) e 13/18 (Lengacher et al., 2012). Nonostante ciò, questi studi pilota stimolano a fare ricerca sulla pratica mindfulness. Considerando che il punteggio minimo è 12/18 gli studi ritengo abbiano una buona validità.

3.3 Design degli articoli

Gli articoli selezionati sono 10 e di diverso stile: due studi pilota senza un gruppo controllo, uno non è un design sperimentale (Beaulac & Bailly, 2015); e l'altro ammette di non poter collegare tutti i benefici al programma MBSR proprio per mancanza del gruppo controllo (Lengacher et al., 2012); due trial clinici (Hoge et al., 2017; Zhang et al., 2015); uno studio quasi sperimentale (Matchim et al., 2011) e 5 di tipo controllato randomizzato (Cash et al., 2015; Cherkin et al., 2016; Henderson et al., 2013; Simpson et al., 2017; Zhang et al., 2015).

3.4 Campione

Anche la popolazione selezionata è variegata: persone affette da fibromialgia (Cash et al., 2015; Schmidt et al., 2011), da disturbi di insonnia cronica (Zhang et al., 2015), da dolori cronici (Beaulac and Bailly, 2015), da algie croniche alla schiena (Cherkin et al., 2016), utenti col carcinoma e i loro caregivers (Lengacher et al., 2012), col tumore al

seno allo stadio iniziale (Henderson et al., 2013; Matchim et al., 2011), con disordine generalizzato d'ansia (Hoge et al., 2017) o sclerosi multipla (Simpson et al., 2017).

Il campione scelto per ogni studio è differente: 26 partecipanti con dolore cronico, di cui 17 hanno completato il programma (Beaulac and Bailly, 2015); 342 persone con algie croniche alla schiena, di cui 123 hanno partecipato ad almeno 6 lezioni (Cherkin et al., 2016); un altro studio ha 26 pazienti con tumore al 3° o 4° stadio e i loro 26 caregivers primari (Lengacher et al., 2012); 172 donne affette da tumore al seno ai primi stadi, una parte di loro sottoposte a radioterapia (Henderson et al., 2013); 36 partecipanti con neoplasia al seno a stadi iniziali di cui 32 hanno concluso lo studio (Matchim et al., 2011) 57 utenti con disordine generalizzato d'ansia (Hoge et al., 2017); 60 individui sopra i 75 anni con insonnia cronica (Zhang, Liu et al., 2015); 91 donne con fibromialgia (Cash et al., 2015); 177 donne con fibromialgia (Schmidt et al., 2011); 50 utenti con sclerosi multipla, di cui 30 hanno completato il corso (Simpson et al., 2017).

Il luogo in cui si sono svolti gli studi sono diversi: USA (Cash et al., 2015; Cherkin et al., 2016; Henderson et al., 2013; Hoge et al., 2017; Lengacher et al., 2012; Matchim et al., 2011), Canada (Beaulac & Bailly, 2015), Cina (Zhang et al., 2015), Germania (Schmidt et al., 2011), Inghilterra (Simpson et al., 2017).

3.5 Protocollo MBSR

Le persone che insegnano la MBSR sono tutti professionisti con esperienza, ad esempio counsellor in salute mentale istruiti in MBSR (Beaulac and Bailly, 2015), psicologi certificati (Lengacher et al., 2012); istruttori certificati in MBSR (Henderson et al., 2013; Hoge et al., 2017; Simpson et al., 2017; Zhang et al., 2015), istruttori di MBSR con esperienza che hanno conseguito gli studi in Massachusetts (Cash et al., 2015; Cherkin et al., 2016; Matchim et al., 2011).

Le ore delle lezioni e la durata del corso può variare da studio a studio: due ore di sessione a settimana (Beaulac and Bailly, 2015; Cherkin et al., 2016; Schmidt et al., 2011; Zhang et al., 2015) o due e mezza (Cash et al., 2015) o dalle 2,5 a 3,5 ore (Henderson et al., 2013) per 8 settimane, l'insegnamento sia di pratiche informali che formali e con il compito di praticare anche a casa per tutti gli studi.

Esistono delle modifiche al protocollo MBSR, ad esempio per essere usato in pazienti affetti da tumore, invece di 8 settimane se ne sono svolte 6 di protocollo (Lengacher et al., 2012); in un altro studio lo yoga non è stato incluso a causa dell'età dei pazienti, oltre i 75 anni (Zhang et al., 2015). Per le pazienti affetta dal cancro al seno, di cui alcune erano sottoposte a radioterapia, sono state aggiunte 3 lezioni specifiche per il cancro (Henderson et al., 2013).

Sono presenti dei confronti tra MBSR e gruppo controllo che non ha seguito il MBSR ma con le cure da tempo fornite (Cash et al., 2015; Zhang et al., 2015). Però sono presenti anche dei confronti tra MBSR e altri approcci, ad esempio MBSR e stress management educational control/educazione sul controllo dello stress (Hoge et al., 2017). Sono presenti anche tre gruppi a confronto: uno con MBSR, uno di controllo con i soliti metodi e uno con Cognitive Therapy (Cherkin et al., 2016), un gruppo MBSR, uno con i metodi usuali e uno con intervento educazionale nutrizionale (Henderson et al., 2013). Un gruppo MBSR, uno gruppo controllo e un gruppo di ruolo attivo, che ha

frequentato un corso dove veniva praticato stretching, discussioni educative di gruppo ed esercizi a casa (Schmidt et al., 2011).

3.6 Scale di valutazione

Come si può notare dall'elenco nelle tabelle, ogni studio ha usato delle scale di valutazione diverse, solo in pochi casi le scale usate sono uguali. Nonostante i nomi diversi, molte scale studiano gli stessi fattori, anche se a livelli diversi. Alcune di queste hanno nomi molto generali come Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory (Simpson et al., 2017), questa però prende in considerazione vari fattori: ansia, depressione , problemi del sonno e altri. Queste scale servono per poter verificare in modo scientifico se ci sono stati dei cambiamenti durante o dopo il MBSR.

I fattori più studiati da queste scale sono: ansia, dolore, sonno.
Ansia o stress (Beaulac and Bailly, 2015; Cherkin et al., 2016; Henderson et al., 2013; Lengacher et al., 2012; Matchim et al., 2011; Schmidt et al., 2011; Simpson et al., 2017; Zhang et al., 2015)., depressione, (Beaulac & Bailly, 2015; Gross et al., 2009; Henderson et al., 2013; Lengacher et al., 2012; Schmidt et al., 2011; Zhang et al., 2015). Dolore (Beaulac and Bailly, 2015; Cash et al., 2015; Cherkin et al., 2016; Henderson et al., 2013; Matchim et al., 2011; Schmidt et al., 2011). Depressione (Cherkin et al., 2016; Henderson et al., 2013; Lengacher et al., 2012; Schmidt et al., 2011; Simpson et al., 2017; Zhang et al., 2015); sonno (Cash et al., 2015; Matchim et al., 2011; Schmidt et al., 2011; Zhang et al., 2015).

3.7 Risultati a fine corso MBSR

I risultati del protocollo MBSR a fine corso sono stati vari.
Secondo Beaulac and Bailly (2015) per il dolore cronico si è potuto constatare un miglioramento a livello dell'algia disabilitante, dei livelli di distress psicologico, dell' intenzione di sperimentare la sofferenza (non evitare di compiere le attività giornaliere per paura di provare dolore), dei livelli di partecipazione nella vita quotidiana (la persona che prova dolore o ne ha paura cerca di fare meno attività possibili per evitarlo). Ovviamente bisogna tener conto che lo studio non era sperimentale, era uno studio pilota, aveva un campione piccolo e la mancanza di follow-up.

Per Langacher et al. (2012) si è potuto notare un beneficio in tutte le scale elencate (stress percepito, ansia, qualità di vita, depressione, stato emozionale), inoltre nei pazienti con miglioramento a livello depressivo si poteva constatare che anche i caregivers stavano meglio, ma si è appurato che questo risultato è minore e probabilmente da associare a quelli dei pazienti. A livello psicologico i miglioramenti per i caregivers sono poco significativi anche se esistono.
I livelli di cortisolo presente nella saliva e interleuchina 6 sono diminuit tra la prima e la terza settimana, ma in modo minore in seguito. A livello del cortisolo questa diminuzione era significativa soprattutto tra i pazienti, invece per interlukin 6 la diminuzione era meno importante confrontata al cortisolo, ma era facilmente constatabile tra i caregivers. Però senza un gruppo di controllo questi risultati non possono essere totalmente attribuiti al programma MBSR.

Secondo Hoge et al. (2017) le persone con disordine generalizzato d'ansia ottengono dei significativi risultati per i giorni di parziale assenteismo, ossia i partecipanti evitavano di tornare a casa dopo alcune ore o arrivare in ritardo al lavoro. Però non c'è nessun cambiamento per i giorni totali di assenteismo, quindi i giorni in cui mancavano del tutto

dal lavoro sono rimasti uguali, così pure il numero di visite ai professionisti di salute mentale. Quindi il protocollo MBSR ha dei risultati migliori in confronto al corso di educazione sul controllo dello stress

Per Zhang et al. (2015) ci sono dei miglioramenti per il sonno e la depressione nelle persone che soffrono di insonnia, ma nessun cambiamento per l'ansia.

Secondo Cash et al (2015) il protocollo MBSR in donne con fibromialgia ha portato ad una riduzione dello stress e dei sintomi severi percepiti e un miglioramento per il sonno. Presenti anche dei possibili miglioramenti per la fatigue però le partecipanti erano quasi tutte in buone condizioni fisiche, ma nessun cambiamento per la funzione fisica, il dolore, la depressione e i livelli di cortisolo. La frequenza delle sedute di meditazione praticate a casa aveva dei benefici.

Secondo Schmidt et al. (2011) il programma MBSR non porta particolari benefici a pazienti con fibromialgia, il gruppo con ruolo attivo, cioè un corso con discussioni e stretching, ha avuto una diminuzione dello stress, invece la MBSR solo un miglioramento sulla Mindfulness scale, e nessuno sul sonno, ansia, dolore o depressione. Però a seconde analisi ci sono dei leggeri miglioramenti pre-post corso per gli utenti MBSR, quindi anche se questo studio ha dei risultati negativi, c'è bisogno di nuove ricerche per comprendere altre possibili variabili.

Per Matchim et al. (2011) per le donne con neoplasia, è presente un miglior stato di consapevolezza, livelli di cortisolo, Non significativi cambiamenti dal punto di vista fisico come ritmo cardiaco (FC), frequenza respiratoria (FR), pressione arteriosa (PA), nessun significativo cambiamento di umore e nemmeno sullo stress percepito.

Secondo Cherkin et al. (2016), il dolore cronico alla schiena ha dei miglioramenti per chi frequenta il gruppo con MBSR e CT in confronto a chi continua con le solite cure, infatti migliora ansia e dolore e depressione, ma non sono presenti significative differenze tra MBSR e CT.

Secondo Henderson et al. (2013) le pazienti con il cancro, soprattutto quelle che sono sottoposte a radioterapia hanno molti benefici: Miglioramento per ansia, ostilità, idee paranoidi, depressione, miglior coping, miglior controllo emozionale; ha miglior coping, spiritualità, benessere senso emotivo e sociale-familiare, miglior qualità di vita, bisogno di evitare, senso di inutilità.

Per Simpson et al. (2017), studi con persone con sclerosi multipla sono da ricercare maggiormente, visti i benefici a fine corso sullo stress, depressione, ansia, compassione verso sé, qualità di vita.

3.8 Riassunto risultati a fine corso MBSR

Per l'ansia percepita o lo stress, come si è potuto constatare, quasi tutti gli studi hanno cercato di valutarle. Si possono notare dei miglioramenti sui livelli di distress psicologico (Beaulac and Bailly, 2015) di ansia (Cherkin et al., 2016; Simpson et al., 2017), di stress e ansia percepiti (Lengacher et al., 2012), di ansia legata al tumore, (Henderson et al., 2013). Allo stesso tempo ci sono degli studi dove non ci sono stati miglioramenti (Matchim et al., 2011; Schmidt et al., 2011; Zhang et al., 2015).

Anche il sonno è stato studiato, in alcuni casi sono presenti dei benefici (Cash et al., 2015; Matchim et al., 2011; Simpson et al., 2017), benefici positivi anche per l'insonnia (Zhang et al., 2015), ma per altri studi nessuno cambiamento (Schmidt et al., 2011).

Il dolore viene preso in considerazione da molti ricercatori, si sono notati dei miglioramenti per il dolore (Cherkin et al., 2016; Henderson et al., 2013), e dolore disabilitante che disabilitante e l'intenzione di sperimentarlo, dei livelli di partecipazione nella vita quotidiana (Beaulac and Bailly, 2015). In altri studi nessun miglioramento (Matchim et al., 2011; Schmidt et al., 2011).

Invece per la depressione si notano dei miglioramenti in molti studi (Cherkin et al., 2016; Henderson et al., 2013; Lengacher et al., 2012; Simpson et al., 2017; Zhang et al., 2015) e solo in uno studio non ci sono degli sviluppi (Schmidt et al., 2011).

Anche i livelli di cortisolo sono stati presi in considerazione, in molti studi non sono presenti cambiamenti (Cash et al., 2015; Matchim et al., 2011), in uno invece ci sono stati dei miglioramenti (Lengacher et al., 2012).

3.9 Follow-up

Inoltre alcuni studi hanno cercato di comprendere se gli effetti della MBSR potevano essere mantenuti dopo alcuni mesi dalla fine del corso.

Hoge et al. (2017) al follow-up di 24 settimane ha constatato che chi praticava maggiormente MBSR, continuava ad avere minori giorni parziali di assenteismo e minori visite ai professionisti della salute mentale, quest'ultimo dato non era stato riscontrato alla fine del corso ma compare solo dopo mesi di pratica.

Per Cash et al. (2015) i miglioramenti sono mantenuti sulla riduzione dello stress e dei sintomi severi percepiti, ma non si riscontrano più per il sonno.

Secondo Matchim et al. (2011) i miglioramenti per la consapevolezza si mantengono, ma non per il livelli di cortisolo, però si notano dei miglioramenti per FC, FR, PA e di umore che alla fine del corso non c'erano.

Secondo Cherkin et al. (2016) a fine programma non si notano differenze tra MBSR e CT, ma a 52° settimane si trovano dei miglioramenti maggiori per la depressione per chi segue CT, e minore ma sempre presenti per chi segue MBSR. ma questi miglioramenti non ci sono più alla 52esima settimana. Il dolore è un fattore in beneficio che si riscontra nel follow-up

Per Henderson et al. (2013) a 16 mesi i miglioramenti rimangono solo per ruolo attivo e attivo cognitivamnete nel coping, spiritualità e dare significato. A 24 mesi: rimangono positivi: attivo cognitivamente, dare significato e preoccupazione ansiosa. Gli altri benefici non sono più presenti.

Secondo Simpson et al. (2017) nelle persone con sclerosi multipla si possono notare che gli effetti benefici della MBSR sono diminuiti ad esempio il sonno e depressione e qualità di vita, stress, rimangono benefici per ansia, memoria prospettiva e compassione verso sé .

4. DISCUSSIONE

4.1 Discussione articoli e letteratura

Gli articoli inizialmente selezionati erano 19, però dopo una prima lettura ho potuto verificare che pur rientrando nei miei criteri di inclusione, uno era da escludere poiché il campione di persone utilizzato erano dei veterani di guerra, ma non era citato nell'abstract. Un altro studio interessante concerneva la possibile utilità per le infermiere dell'uso della MBSR, però l'articolo trovato aveva pochi partecipanti, 18 di cui la metà non si sono presentati ai follow-up. Altre ricerche erano ben organizzate ma nei risultati si comprendeva come esse fossero ancora in una fase iniziale di analisi di dati. Quindi gli articoli che ho potuto usare sono stati 10, un numero minore di quanto avessi ipotizzato ad inizio ricerca.

Come si è potuto notare dalle analisi, i risultati sono in parte contrastanti, infatti l'ansia, lo stress, la depressione, il sonno e i livelli di cortisolo hanno avuto dei risultati positivi in alcuni studi, ma in altri no. Nonostante ciò i risultati tendono ad essere positivi finito il corso MBSR, infatti i fattori ansia, depressione, sonno e dolore hanno più studi con risultati positivi e un numero minore con esiti negativi.
Le patologie trattate sono quasi tutte diverse l'una dall'altra, come anche la dimensione, la tipologia dei campioni e le scale di valutazione utilizzate. Il fatto che ci siano dei risultati positivi, a volte osservabili nei follow-up che non si erano riscontrati ai fine corso, mostra che la tematica deve essere maggiormente approfondita con dei campioni più grandi e possibilmente delle scale comuni, ad esempio un'unica scala di valutazione mindfulness.
Determinate patologie possono avere dei benefici con il programma MBSR, ma altre trarrebbero più vantaggi con diversi approcci come per esempio MBCT. Infatti può darsi che MBSR non sia un protocollo adatto per determinate patologie o sintomi (Didonna, 2012), ad esempio il MBCT viene già utilizzato in psichiatria. La MBSR è applicato in setting oncologici e di dolore cronico, infatti ha molti risultati positivi nei vari studi, ma bisognerebbe valutare quali altri pazienti ne beneficerebbero veramente e quali no.
Inoltre i minuti di pratica al giorno possono portare dei cambiamenti, questo è presente in uno studio (Hoge et al., 2017) e anche i mesi di pratica portano cambiamenti, ad esempio per la pressione arteriosa (Matchim et al., 2011).
Inoltre viene più volte ripetuto di non avere aspettative durante il corso, perché chi ne ha troppe rischia di non avere i benefici che si aspetta, quindi iniziare conoscendo il motivo vivendo la mindfulness come nuova esperienza (Kabat-Zinn, 2016).

In seguito espongo i benefici della mindfulness e MBSR, ho deciso di farlo adesso in parte per non influenzare il lettore e in parte perché fanno parte della mia domanda di fondo. Questi ultimi li ho estrapolati sia dai vari libri sul tema sia dagli articoli.
I benefici della mindfulness sono presenti a vari livelli: dal punto di vista cognitivo e comportamentale, la pratica porta ad un aumento di consapevolezza, maggior concentrazione sia durante la giornata sia durante la pratica meditativa (Jha, Krompinger, & Baime, 2007), e una possibile minor abituazione (quando uno stimolo viene ripetuto più volte, col tempo si presenta una minor attività neuronale allo stimolo) (Kasamatsu & Hirai, 1966). Gli studi di neuroimaging e elettroencefalogramma hanno dato risultati contraddittori (Cahn & Polich, 2006), nonostante ciò esiste la possibilità che con la pratica si verifichino cambiamenti dell'attività neuronale e un aumento della materia grigia(Hölzel et al., 2007). Lo spessore della corteccia corticale si assottiglia

normalmente con l'età, ma i meditanti risultano avere uno spessore maggiore in confronto ai non meditanti (R. J. Davidson et al., 2003). In vari studi si è potuto notare un miglioramento dell'ipertensione (Orme-Johnson & Walton, 1998) e della risposta celebrale al dolore (Orme-Johnson, Schneider, Son, Nidich, & Cho, 2006). Dal lato psicologico, vivere il momento porta a sentire le varie emozioni senza esserne catturati, con una minor tendenza a rimuginare quelle negative (Nolen-Hoeksema, 1991); inoltre la pratica aiuta a stimolare emozioni positive, questo lo si è potuto constatare con tecniche di neuroimaging, ciò favorisce una maggior accettazione e sviluppo di essa (Didonna, 2012).
Anche sul sistema immunitario ci sono dei risultati positivi (R. Davidson, 2000), infatti esiste un aumento di anticorpi, ciò comporta la probabilità che la mindfulness conduca a miglioramenti anche a livello fisico. Dal punto di vista psicologico c'è un'aumentata consapevolezza e minor deconcentrazione, ad esempio chi pratica MBCT può ridurre le recidive di depressione maggiore (Didonna, 2012).

I benefici del MBSR di cui parla Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 2016) si presentano a varie dimensioni: i sintomi delle differenti patologie sono diminuiti, la loro gravità ridotta, le persone manifestano una maggior assertività e fiducia, un atteggiamento di accettazione e pazienza verso i propri limiti, si sentono padroni di sé anche in situazioni stressanti, in cui precedentemente avevano perso il controllo. Gli individui sono meno depressi e ansiosi. La qualità di vita migliora.
Si è potuto constatare come MBSR sia utile per trattare dei sintomi legati a malattie croniche psichiatriche e/o fisiche. Capacità di alleviare i sintomi fisici come ad esempio il dolore cronico, di migliorare la capacità ad affrontare momenti di disagio e di difficoltà, come nel setting oncologico e psichiatrico. Si attiva anche maggiormente la zona celebrale anteriore sinistra, questo significa maggior presenza di emozioni positive. La MBSR viene praticata in ambito oncologico e di dolore cronico frequentemente: aiuta a scoprire dei modi nuovi con cui fronteggiare l'algia o le difficoltà (Didonna, 2012); e comprendere come prendersi meglio cura di sé stessi (Santorelli et al., 2017).

4.2 Reazione di stress

La meditazione ha un effetto terapeutico e preventivo sulla salute, ci sono vari studi che lo dimostrano, infatti essa riesce a riequilibrare i livelli di cortisolo e aiuta il sistema immunitario a riregolarizzarsi (Carosella & Bottaccioli, 2003); aumenta la melatonina di notte, la quale regola il sistema del sonno, riduce la produzione di noradrenalina prodotta dalle surrenali e dal cervello quando sono sotto stress e migliora l'attività cardiaca attraverso la respirazione. La meditazione aiuta a sviluppare pazienza, avere un atteggiamento non giudicante, vivere meglio in situazioni incerte, stimola a prendere contatto con se stessi, e ad avere sentimenti che rimangono. La respirazione è vitale, perché permette di influenzare lo stato del cervello e attraverso il sistema neurovegetativo diminuisce la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna (Bottaccioli, 2006).

<u>La catena della reazione dello stress:</u>
Un evento stressante interno o esterno si ripercuote sul sistema cardiovascolare, muscolo-scheletrico, nervoso e immunitario. Si attiva una risposta allo stress da parte dell'ipotalamo, ipofisi e delle ghiandole surrenali con conseguente comportamento di attacco e fuga. L'aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca è causato da un'iperattivazione acuta.

L'internalizzazione avviene nel momento in cui lo stress si protrae per lungo, viene inibita la reazione allo stress che portano a disturbi fisici e psicologici (es. insonnia, cefalea, ansia, panico). La persona metterà in atto un coping inadatto con comportamenti auto-distruttivi (es. lavoro eccessivo, iperattività) e sviluppo di una dipendenza da sostanze (es. droghe, alcool). Tutto ciò porterà ad un crollo con esaurimento fisico o psicologico (es. depressione, patologie cardiache) (Didonna, 2012; Kabat-Zinn, 2016).

Reazione di stress con mindfulness:
Un evento stressante influisce sui vari sistemi, attraverso l'utilizzo della mindfulness si valutano i pensieri, le emozioni e le minacce percepite con consapevolezza e rilassamento. Viene attivata la reazione allo stress da parte dell'ipotalamo, ipofisi e delle ghiandole surrenali, con possibile eccitazione ma nello stesso tempo consapevolezza della tensione muscolare e dell'intera situazione. La risposta sarà attraverso strategie focalizzate sulle emozioni, sul problema e il vedere nuove opzioni con lo scopo di ritornare allo stato di calma ed equilibrio (Didonna, 2012; Kabat-Zinn, 2016).

Quindi l'intera catena cambia con la mindfulness. Questo accade, perché durante la meditazione ci alleniamo a restare fermi nonostante si provi dolore o fastidio, questo porta ad avere dei comportamenti diversi da quelli abituali. Esercitando questa tecnica la si può trasferire a tutte le situazioni ed essere in grado di valutare consapevolmente le azioni da compiere. Questo non significa non rispondere mai più in modo automatico, ma essere consapevoli di ciò che accade o è accaduto. Essere consci in un momento di stress porta la persona a poter scegliere e decidere le proprie opzioni. La partenza di ciò avviene col respiro, esso calma e porta consapevolezza, da un luogo di calma è più facile decidere come reagire (Kabat-Zinn, 2016).
Ripensando agli studi sul cortisolo (Cash et al., 2015; Lengacher et al., 2012; Matchim et al., 2011), ora si comprende la loro importanza, infatti dimostrare che la MBSR ha un effetto sul cortisolo o altri ormoni dimostra la sua capacità di influenzare l'asse dello stress.

Esperienza personale
Io stessa ho frequentato il corso del protocollo MBSR e posso dire che per me è stata un'esperienza utile, interessante e che a volte applico nella mia pratica lavorativa e personale. Ad esempio in alcuni momenti in cui ho provato dolore, ho portato la mia attenzione al respiro e al sentirlo entrare ed uscire dal naso, questo mi ha aiutato a sentire una diminuzione del dolore percepito. Oppure a lavoro quando ci sono molte cose che attirano la mia attenzione e mi sembra di non farcela più, focalizzo la mia concentrazione per alcuni secondi sul mio respiro e riesco a sentirmi più calma e a trovare le mie riserve di energia o pazienza. Durante il corso ho potuto parlare ed interagire con gli altri partecipanti e anche tra di loro ci sono stati risultati contrastanti, difatti alcuni di loro hanno provato dei benefici altri invece si sentivano innervositi dagli esercizi proposti. La mindfulness come tutto nella vita, non è un dato certo e imprescindibile, ogni persona è fatta in modo diverso, come ad alcuni il limone non piace ad altri si e altri ne sono allergici, quindi ognuno reagisce in modo differente a degli esercizi o informazioni.
Parlando con il mio direttore di tesi sugli esercizi praticati durante il corso, mi è stato fatto notare che alcuni di essi non rientravano nel corso per principianti del MBSR, quindi il protocollo è stato modificato. Questo significa che anche nei vari studi da me trovati esso può aver subito delle modifiche senza che esse siano state citate.

4.3 Implicazioni infermieristiche

Per poter comprendere meglio le implicazioni infermieristiche, ho fatto una ricerca più approfondita considerando i pochi articoli trovati sugli infermieri; ritengo che questa possa essere interessante e possa dare uno spunto valido per un'indagine approfondita sulla Mindfulness-Based Stress Reduction nelle professioni sanitarie. Infatti sarebbe interessante avere dei campioni più ampi e studi non solo americani.

Negli ultimi decenni le persone hanno iniziato ad usare sempre più tecniche complementari (Didonna, 2012) sia per malattie croniche che per quelle acute. Infatti il 40% dei pazienti negli USA fa uso di una o più pratiche complementari (Williams, Simmons, & Tanabe, 2015).
È risaputo che il personale sanitario subisce molto stress dal punto di vista lavorativo e la presenza di burn-out è comune tra i vari professionisti (Goodman & Schorling, 2012). Le infermiere provano 1,5 volte maggior stress del resto della popolazione femminile (Chang et al., 2016). Negli ultimi anni il personale infermieristico ha avuto un aumento della propria responsabilità e del rischio di burn-out, per cui avere maggiori conoscenze aiuta a risolvere al meglio le problematiche dei pazienti (Williams et al., 2015).

In uno studio osservazionale in Virginia, i partecipanti erano 93 tra infermieri, psicologi, assistenti sociali, 73 di loro completarono il corso. Si è potuto notare come la pratica Mindfulness-Based Stress Reduction abbia un forte impatto sul miglioramento della salute mentale e la diminuzione del burn-out, della stanchezza emozionale e della depersonalizzazione. I sentimenti provati prima del corso sono spesso comuni: auto-critica, sentimenti di colpa, impressione di non fare abbastanza. Questo protocollo può offrire un metodo pratico e utilizzabile per mitigare lo stress. Questo studio è solo osservazionale, quindi manca un gruppo di controllo, però dimostra che il tema merita studi e approfondimenti maggiori (Goodman & Schorling, 2012).

Un altro articolo parla dell'intenzione di incorporare la MBSR come metodo non farmacologico da parte delle infermiere, considerando l'aumento negli anni di utilizzo delle tecniche complementari. Questo studio discute la diminuzione dei comportamenti a rischio come fumare, bere, stile di vita poco sano, per prevenire patologie cardiache o di altro genere come ad esempio il diabete, e la riduzione di sintomi come lo stress, il dolore acuto e cronico e i disturbi del sonno attraverso la pratica MBSR. Anche per il personale sanitario si è potuto notare come la MBSR può migliorare la salute mentale, fisica e diminuire lo stress. Infatti si è potuto verificare come i partecipanti di un corso MBSR riferiscano minori livelli di stress, meno sintomi di burn-out, miglior soddisfazione, empatia e compassione verso sé (Williams et al., 2015).

Uno studio pilota nota un miglioramento nello stress percepito tra le infermiere specializzate in ostetricia, però considerando il campione ristretto, 10 partecipanti che hanno finito il programma e partecipato ai questionari, risulta non generalizzabile alla popolazione, sebbene dimostri il potenziale insito nella pratica MBSR praticata dal personale sanitario (Wright, 2017).

L'infermiere lavora con tutta la popolazione, anziani, bambini, adulti e adolescenti e in molti contesti: ospedali, studi medici, a domicilio, ambulatori, scuole, cliniche del dolore e associazioni. Perciò interagisce con moltissime persone e una grande varietà di patologie. Avere un'idea di cos'è la medicina complementare è utile, ma altrettanto

importante è poter rispondere ai dubbi dei pazienti, offrire delle possibilità di scelta e magari usare delle tecniche meditative per aiutarlo può essere facilitante nella pratica infermieristica. La mindfulness è una pratica proposta da vari centri di benessere quindi sempre più persone ne hanno sentito parlare. Con l'aumento dell'interesse verso le terapie complementari anche le domande dei pazienti aumentano, ad esempio nei contesti oncologici, nei centri di terapia del dolore o nelle associazioni.
Per l'infermiere è rilevante essere a conoscenza della pratica di mindfulness al fine di poter rispondere in modo adeguato ai dubbi o domande dei pazienti, potendolo consigliare su quale tecnica sia adeguata al caso specifico. Questa disciplina può essere utile anche nella vita quotidiana del curante, difatti lo può aiutare ad avere una miglior qualità di vita, affrontare meglio lo stress lavorativo, avere un minor rischio di burn-out, di stanchezza emotiva e aumentare la soddisfazione e la compassione verso di sé.
Nella clinica per la riduzione del dolore in Massachusetts tutto il personale deve aver praticato la meditazione per anni prima di essere assunto e continuarla quotidianamente in modo da mostrare ai pazienti che non è una disciplina palliativa, ma un "addestramento avanzato" per far fronte alle difficoltà della vita. Inoltre dimostra che la meditazione fa parte della vita del personale sanitario e che anche loro comprendono le difficoltà della mindfulness e dell'integrazione di essa nella vita quotidiana. I curanti sperano di poter mostrare che la meditazione non è solo un corso di 8 settimane, ma "l'avventura di una vita intera" (Kabat-Zinn, 2016).
Ritengo questa informazione importante, perché attesta la dedizione e la convinzione in ciò che si offre, inoltre permette ai pazienti di trovare delle persone, che oltre all' ascolto attivo, possono veramente comprendere le difficoltà che stanno incontrando e proporre delle strategie per affrontarle.

4.4 Studi futuri

Dalla ricerca effettuata si nota che non ci sono abbastanza studi controllati randomizzati in campo sanitario, che potrebbero portare ad avere risultati più statisticamente convincenti. Infatti gli articoli inizialmente trovati per l'analisi avevano pochi partecipanti, però con un'indagine più specifica sugli infermieri sono riuscita a trovare degli studi con un campione più numeroso.
L'interesse verso la mindfulness negli ultimi 20 anni è aumentata negli USA e nel resto del mondo, ma esiste ancora il bisogno di avere maggiori dati specifici e validanti. Sicuramente negli studi futuri si potranno proporre domande più specifiche, ad esempio MBSR con cancro, ansia, depressione, etc, ma anche cambiare il protocollo mindfulness e analizzare il MBCT usato soprattutto per malattie psichiatriche, o il MP-EAT per i disordini alimentari, un tema che sicuramente ha bisogno di maggior ricerca. Sarebbe interessante anche eseguire studi qualitativi in cui compaiono interviste a istruttori e partecipanti. Sarebbe altrettanto stimolante se gli studi usassero delle scale di valutazione comuni poiché ognuna valuta degli aspetti leggermente diversi una dall'altra.

4.5 Limiti

In questo capitolo espongo i limiti trovati durante lo svolgimento del lavoro di tesi come revisione di letteratura. Dopo aver cambiato la domanda di fondo mi sono trovata in difficoltà nel scegliere le parole chiave utili alla ricerca di articoli validi al tema da me scelto.
Un altro limite riscontrato durante lo svolgimento di questo lavoro è il numero di campionamento selezionato per ogni articolo, i risultati ottenuti sono diversi proprio a

causa della quantità dei partecipanti, come già stato evidenziato, più amplio è il campione e più rispecchierà la popolazione. Gli studi analizzati provengono dagli Stati Uniti e dal Canada e solo uno dall'Europa, questo ha limitato la trasferibilità dei benefici della mindfulness nella popolazione europea.
Nel caso in cui mi fossi posta una domanda specifica e non generale mi avrebbe potuto aiutare a selezionare un numero maggiore di articoli e a utilizzare libri che trattavano il tema prescelto. L'associazione tra MBSR e una patologia specifica nelle stringhe di ricerca non sarebbe stato corretto perché avrebbe spostato il focus dalla domanda di fondo e compromesso i dati trovati. Il limite constatato nella ricerca con interrogativo amplio è stato quello di trovare diversi articoli non ricollegabili al contesto sanitario.
Per verificare le implicazioni infermieristiche, ho dovuto procedere con una seconda ricerca di articoli per aver maggiori informazioni sulle professioni sanitarie e sugli infermieri, poiché sono importanti per questo lavoro di tesi. Le informazioni non sono state inserite nell'analisi eseguita, poiché si focalizzavano su una stringa diversa da quella effettuata per rispondere al mio quesito di fondo. Questo ha limitato il numero di articoli trovati, analizzati e l'uso d'informazioni rilevanti utili al lavoro che stavo svolgendo.

5. CONCLUSIONE

Come visto in questi capitoli, negli ultimi decenni l'interesse verso la medicina complementare è aumentato, sempre più persone le praticano per migliorare la loro salute, e in alcuni ospedali queste discipline vengono già proposte.

La mindfulness è una pratica meditativa, che usa la consapevolezza per vivere il momento presente, senza cercare di cambiare quello che la mente e il corpo provano o di influenzare le esperienze che si vivono, ma di osservare con amorevole gentilezza il corpo, le esperienze, le sensazioni e la mente per come sono. Il protocollo MBSR è stato il primo passo di avvicinamento tra mindfulness e la malattia, perché è un protocollo creato per persone con patologie croniche e per chi ha difficoltà ad affrontare lo stress, essa aiuta a diminuire i sintomi delle patologie, migliorare la funzione immunitaria, aumentare il senso di benessere e la qualità di vita

La mia domanda di ricerca cerca proprio di comprendere i benefici che si possono trarre dalla MBSR nel contesto sanitario, ho potuto rispondere ad essa in parte grazie ai libri trovati sull'argomento e in parte grazie agli articoli analizzati. Infatti gli articoli, nonostante usassero campioni di popolazione con patologie diverse, mostrano come la ricerca si concentri sui benefici sul sistema immunitario, sull'ansia, lo stress, il sonno e la depressione causati dalle malattie di cui soffrono le persone.

I libri utilizzati e gli studi citati, mi permettono di comprendere i benefici a livello biologici, psicologici dati dalla mindfulness, ad esempio un sistema immunitario che si regolarizza più velocemente, minor dolore, minor ansia, minore possibilità di burn-out, maggior accettazione, maggior consapevolezza, minor tempo ad analizzare pensieri negativi ed esserne sopraffati. Allo stesso tempo i risultati dati dagli articoli non sono al 100% positivi, infatti in alcuni casi ci sono dei miglioramenti in ansia, depressione, sonno che però diminuiscono nei follow-up, in altri casi i benefici si mantengono col tempo e in altri casi ancora i benefici si notano solo durante i follow-up. Però dimostrano che dei benefici in ansia, depressione, dolore e sonno esistono.

Questi studi contrastanti non dimostrano l'inefficacia della mindfulness, anzi significa che essa è una disciplina da studiare maggiormente, che esistono i benefici ma che esistono delle variabili che sono da comprendere meglio. Soprattutto per patologie meno associate alla mindfulness come fibromialgia, sclerosi multipla; questo perché le malattie oncologiche e il dolore cronico sono in tutti i libri scritti sul tema associate a MBSR e anche le ricerche sono spesso su pazienti oncologici o con problematiche di dolore cronico. Inoltre si dovrebbe comprendere meglio per quali malattie sia il caso di usare il MBST e quali invece hanno dei benefici da altri protocolli mindfulness, infatti in molti casi le malattie di tipo psichico hanno un maggior beneficio con MBCT.

Inoltre la MBSR e la ricerca sulla PNEI mi hanno permesso di comprendere come una pratica che usa il corpo, il respiro e la consapevolezza possa cambiare la catena dello stress e i comportamenti automatici per permettere alla persona di fermarsi, comprendere meglio la situazione e scegliere come comportarsi, e in seguito riuscire a tornare ad un equilibrio mentale, questo obiettivo però sono riuscita a comprenderlo attraverso i libri usati e solo in parte dagli articoli, perché pochi studi cercavano risultati sui livelli di cortisolo, e i risultati erano più negativi che positivi.

Dal punto di vista infermieristico invece, gli studi hanno dato dei risultati promettenti, mostrando come la MBSR può essere un ottimo metodo contro il burn-out, l'ansia e le difficoltà dal punto di vista lavorativo. Quindi per un'infermiere questa pratica può essere considerata un alleato, e in alcuni casi anche utile da proporre ai pazienti. Da questo punto di vista, conoscerla e praticarla sono degli ottimi alleati quotidiani e per poter dare uno strumento ai pazienti che lo richiedono.

Personalmente ho trovato la lettura degli articoli molto interessante, anche se mi aspettavo dei risultati maggiormente positivi, però bisogna ricordare che le pratiche sono personali, quindi ogni persona, essendo diversa, ha metodi differenti per ottenere dei risultati. Quindi la mindfulness può essere utile per una persona ma inutile per un'altra. Ritengo che mi abbia aiutato a comprendere una pratica sempre più cercata e studiata, e inoltre ho potuto capire di cosa si trattasse realmente e come potrebbe essere di aiuto per alcuni pazienti e per me stessa in futuro. Devo ammettere che il lavoro di tesi è stato faticoso, non solo per il numero di ore alla ricerca di articoli e nozioni, ma riuscire a sintetizzare temi complessi come la PNEI, riuscire a creare un testo comprendibile anche a chi non conosce la tematica e capire quando entrare nel dettaglio e quando non farlo. Infine riuscire ad accettare che i risultati a volte non sono sempre positivi o negativi, ma contrastanti come molti fattori dell'esistenza umana. Allo stesso tempo questo lavoro di tesi è stato arricchente e mi ha permesso di comprendere meglio il lavoro dietro gli articoli scientifici, le revisioni e come meglio usare la metodologia, la ricerca e le banche dati e la criticità. Queste nozioni sono e saranno importanti per la mia pratica da diplomata per poter rimanere aggiornata e poter prendere decisioni considerando le evidenze scientifiche.

Concludendo, il protocollo MBSR non è una pratica da svolgere per 8 settimane e interromperla, ma una nuova abitudine da integrare nella vita di tutti i giorni se si ha l'intenzione di beneficiarne.

RINGRAZIAMENTI
Intendo ringraziare il direttore di tesi per l'aiuto nella ricerca dei libri, nelle visione del materiale, per le ore passate a leggere il mio lavoro e per il sostegno dato. Un altro ringraziamento va agli amici che come me stavano affrontando la tesi, che hanno ascoltato per ore le mie difficoltà. Un ultimo, ma non meno importante, grande ringraziamento a Simona e Cinzia, che hanno letto il mio lavoro e mi hanno aiutato a correggerlo fino alla fine.

6. BIBLIOGRAFIA

Associazione Svizzera di mindfulness. (s.d.). Esperienze di Mindfulness. Recuperato 27 giugno 2017, da http://mindesp.ch/

Beaulac, J., & Bailly, M. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction: pilot study of a treatment group for patients with chronic pain in a primary care setting. *Primary Health Care Research & Development*, *16*(4), 424–428. https://doi.org/10.1017/S1463423614000346

Bottaccioli, F. (2006). *Psiconeuroendocrinoimmunologia: i fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo : le basi razionali della medicina integrata* (2a ed. aggiornata, rivista e ampliata, Vol. 32). Milano: Red.

Bottaccioli, F. (2007). *Il sistema immunitario: la bilancia della vita : come è fatto e come funziona in salute e in malattia* (2a ed.). Milano: Tecniche nuove.

Bottaccioli, F. (2012). *Stress e vita: la scienza dello stress e la scienza della salute alla luce della psiconeuroendocrinoimmunologia*. Milano: Tecniche Nuove.

Bottaccioli, F. (2014). *Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia: le due facce della rivoluzione in corso nelle scienze della vita : saggio scientifico e filosofico*. Milano: EDRA.

Cahn, B. R., & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, *132*(2), 180–211. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.180

Cancer Research UK. (2015, giugno 24). Meditation [Document]. Recuperato 14 giugno 2016, da http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancers-in-general/treatment/complementary-alternative/therapies/meditation

Carosella, A., & Bottaccioli, F. (2003). *Meditazione, psiche e cervello: una guida per accostarsi in modo scientifico alle tecniche meditative*. Milano: Tecniche nuove.

Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W. N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L. A., … Sephton, S. E. (2015). Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: results of a randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, *49*(3), 319–330. https://doi.org/10.1007/s12160-014-9665-0

Center for Mindful Self-Compassion. (2016). Che cosa è la Mindful Self-Compassion (MSC)? Recuperato 8 marzo 2017, da http://centerformsc.org/it/che-cosa-e-la-mindful-self-compassion-msc/

Center for Mindfulness. (2009). CFM - Zentrum für Achtsamkeit. Recuperato 27 giugno 2017, da http://www.centerformindfulness.ch/

Centre for Reviews and Dissemination (A c. di). (2009). *CRD's guidance for undertaking reviews in healthcare* (3. ed). York: York Publ. Services.

Centro Italiano Mindfulness. (2016). Associazione - Centro Italiano Mindfulness - MBSR e MBCT contro stress, ansia, panico e depressione. Recuperato 2 giugno 2016, da http://www.centromindfulness.net/chi-siamo/associazione.html

Chang, S. J., Kwak, E. Y., Hahm, B.-J., Seo, S. H., Lee, D. W., & Jang, S. J. (2016). Effects of a Meditation Program on Nurses' Power and Quality of Life. *Nursing Science Quarterly*, *29*(3), 227–234. https://doi.org/10.1177/0894318416647778

Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., … Turner, J. A. (2016). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, *315*(12), 1240–1249. https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323

Clementi, C. (2017). Protocolli mindfulness based (MBSR, MBCT, MBRP) - Dr.ssa Cecilia Clementi Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia della Salute

e Istruttore Protocolli Mindfulnessa Based a Senigallia in provincia di Ancona, Marche, Italia -. Recuperato 8 marzo 2017, da http://www.ceciliaclementi.altervista.org/protocolli-mindfulness-based--mbsr,-mbct,-mbrp-.html#.WMB7xvLCaSo

Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, *47*(6), 990–999. https://doi.org/10.1017/S0033291716003317

Davidson, R. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. - PubMed - NCBI. Recuperato 26 luglio 2017, da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11280935

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., … Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 564–570.

Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: FrancoAngeli.

Ente Ospedaliero Cantonale. (2016). Agopuntura - Medicina Tradizionale Cinese - site-eoc. Recuperato 14 giugno 2016, da http://www.eoc.ch/Dettagli/Specialita.Ospedale-Regionale-di-Lugano---Civico-e-Italiano.2200.Agopuntura---Medicina-Tradizionale-Cinese.2415.html

Flarer, S. (2016, maggio 25). Servizio di Medicina Complementare. Recuperato 14 giugno 2016, da http://www.asdaa.it/it/ospedali/merano/888.asp

Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *43*(2), 119–128. https://doi.org/10.2190/PM.43.2.b

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M., & Powell, J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*, *12*(9), 1284–1299. https://doi.org/10.1177/1049732302238251

Henderson, V. P., Massion, A. O., Clemow, L., Hurley, T. G., Druker, S., & Hébert, J. R. (2013). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction for Women With Early-Stage Breast Cancer Receiving Radiotherapy. *Integrative Cancer Therapies*, *12*(5), 404–413. https://doi.org/10.1177/1534735412473640

Hoge, E. A., Guidos, B. M., Mete, M., Bui, E., Pollack, M. H., Simon, N. M., & Dutton, M. A. (2017). Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, *95*, 7–11. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.011

Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, *421*(1), 16–21. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2007.04.074

Janey Lee Grace. (2015, giugno 4). Mindfulness on the NHS: hospitals using it to treat pain, anxiety and more. Recuperato 22 gennaio 2017, da http://www.high50.com/health/mindfulness-on-the-nhs-2015-the-hospitals-using-meditation-to-treat-chronic-pain-anxiety-and-depression

Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *7*(2), 109–119.

Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivere momento per momento* (8a rist., Vol. 357). Milano: TEA.

Kasamatsu, A., & Hirai, T. (1966). An electroencephalographic study on the zen meditation (Zazen). *Folia Psychiatrica Et Neurologica Japonica*, *20*(4), 315–336.

Langer, E. J. (2008). *La mente consapevole*. Milano: Corbaccio.

Lega contro il cancro. (2012). Medicina alternativa - Lega contro il cancro - Uniti contro il cancro. Recuperato 14 giugno 2016, da http://www.legacancro.ch/it/vivere_con_il_cancro/terapie/medicina_alternativa_/

Lengacher, C. A., Kip, K. E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P. B., Groer, M., … Shelton, M. M. (2012). A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, *30*(3), 170–185. https://doi.org/10.1177/0898010111435949

LoBiondo-Wood, G., Haber, J., & Palese, A. (2004). *Metodologia della ricerca infermieristica* (5a ed.). Milano: McGraw-Hill.

Ludwig DS, & Kabat-Zinn J. (2008). MIndfulness in medicine. *JAMA*, *300*(11), 1350–1352. https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350

Matchim, Y., Armer, J. M., & Stewart, B. R. (2011). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on health among breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, *33*(8), 996–1016. https://doi.org/10.1177/0193945910385363

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. - PubMed - NCBI. Recuperato 26 luglio 2017, da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1757671

Orme-Johnson, D. W., Schneider, R. H., Son, Y. D., Nidich, S., & Cho, Z.-H. (2006). Neuroimaging of meditation's effect on brain reactivity to pain. *Neuroreport*, *17*(12), 1359–1363. https://doi.org/10.1097/01.wnr.0000233094.67289.a8

Orme-Johnson, D. W., & Walton, K. G. (1998). All Approaches to Preventing or Reversing Effects of Stress are Not the SameAmerican Journal of Health

Promotion. Recuperato 26 luglio 2017, da http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4278/0890-1171-12.5.297?journalCode=ahpa

Polit, D. F., Beck, C. T., & Palese, A. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica* (1a ed. italiana sulla 8a ed. americana). Milano: McGraw-Hill.

Ricci Bitti, P. E., & Gremigni, P. (2013). *Psicologia della salute: modelli teorici e contesti applicativi* (Vol. 63). Roma: Carocci.

Santorelli, S., Kabat-Zinn, J., Blacker, M., & Meleo-Meyer, F. (2017). MBSR Curriculum Guide 2017_FEB[2].docx - mbsr-curriculum-guide-2017.pdf. Recuperato 24 giugno 2017, da https://www.umassmed.edu/globalassets/center-for-mindfulness/documents/mbsr-curriculum-guide-2017.pdf

Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, *152*(2), 361–369. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.043

Siegel, D. J., & Amadei, G. (2011). *Mindfulness e cervello*. Milano: R. Cortina.

Siegel, R. D. (2015). *Qui e ora: strategie quotidiane di mindfulness*. Trento: Erickson.

Simpson, R., Mair, F. S., & Mercer, S. W. (2017). Mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis – a feasibility randomised controlled trial. *BMC Neurology*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12883-017-0880-8

Stahl, B., & Goldstein, E. (2015). *Il programma mindfulness. Un metodo pratico e clinicamente testato per superare: stress, ansia, panico, depressione, dolore cronico... e altri problemi di salute*. (N. Cherubini, Trad.). Cesena (FC): Essere Felici.

UCLA Health. (2017). MAPs Classes - UCLA Mindful Awareness Research Center - Los Angeles, CA. Recuperato 8 marzo 2017, da http://marc.ucla.edu/maps-classes

Universität Duisburg-Essen. (2016). Integrative Oncology - Prof. Dr. med. Dobos - Chair of Complementary and Integrative Medicine, University of Duisburg-Essen, Germany. Recuperato 2 giugno 2016, da https://www.uni-due.de/naturheilkunde/104-0-Media-Coverage.html

Williams, H., Simmons, L. A., & Tanabe, P. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice: A Nonpharmacologic Approach to Health Promotion, Chronic Disease Management, and Symptom Control. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, *33*(3), 247–259. https://doi.org/10.1177/0898010115569349

Wright, E. M. (2017). Evaluation of a Web-Based Holistic Stress Reduction Pilot Program Among Nurse-Midwives. *Journal of Holistic Nursing*, 0898010117704325. https://doi.org/10.1177/0898010117704325

Zhang, J.-X., Liu, X.-H., Xie, X.-H., Zhao, D., Shan, M.-S., Zhang, X.-L., … Cui, H. (2015). Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. *Explore (New York, N.Y.)*, *11*(3), 180–185. https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.02.005

LAVORO APPROVATO IN DATA: