

**SUPSI**

**L'EFFICACIA DELLA MINDFULNESS  
NEGLI ADOLESCENTI CON DOLORE  
CRONICO**

**LAVORO DI TESI  
(BACHELOR THESIS)**

**di**

**STEFANO BLANC**

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Direttrice di tesi: Nathalie Rossi

Anno accademico 2020/2021

Manno, 31.07.2021

## **Abstract**

### **Background**

La fase adolescenziale comporta diversi cambiamenti: oltre a quelli fisici che corrispondono all'avanzare dell'età e all'inizio della pubertà, ci sono dei cambiamenti anche dell'immagine corporea e dell'identità. Il dolore, soprattutto quello cronico in età adolescenziale, è un fenomeno sempre più frequente negli ultimi anni e può portare un peggioramento della qualità di vita dei ragazzi che soffrono di questo disturbo. La mindfulness, essendo una tecnica di meditazione si concentra sulla consapevolezza del presente senza porre giudizi esterni.

### **Scopo**

Esplorare, individuare e comprendere se le strategie di mindfulness hanno un'efficacia negli adolescenti che soffrono di dolore cronico. Inoltre, capire se, come infermiere, si possono attuare queste conoscenze durante il lavoro quotidiano così da poterle integrare all'assistenza ai pazienti.

### **Metodo**

La domanda di ricerca che mi sono posto è: "la mindfulness per adolescenti con dolore cronico è efficace?". La metodologia utilizzata è la revisione della letteratura. Le banche dati utilizzate sono le seguenti: CINAHL, PUBMED, COCHRANE. Gli articoli utilizzati sono sette e comprendono il periodo tra il 2015 e il 2020.

### **Risultati**

I sette articoli consultati per la redazione della revisione della letteratura dimostrano l'efficacia delle strategie di mindfulness per gli adolescenti con problematiche di dolore cronico. Tuttavia, dai risultati, si afferma che c'è la necessità di eseguire maggiori studi in merito all'argomento poiché, ad oggi, gli articoli riguardanti il tema sono di natura preliminare.

### **Conclusioni**

Le strategie di mindfulness sono applicabili ad una fascia di età giovanile ed è efficace in relazione agli adolescenti con dolore cronico. Si evidenzia però la necessità di effettuare maggiori studi che analizzino soprattutto campioni più numerosi.

### **Parole chiave**

*"Mindfulness", "chronic pain", "adolescents".*

## Sommario

Abstract.....	1
1. Introduzione e motivazione .....	4
2. Background.....	5
2.1. Adolescenza e dolore cronico.....	5
2.2. Ruolo dei genitori.....	7
2.3. Qualità di vita.....	8
2.4. Terapie .....	9
2.5. Meditazione e mindfulness .....	11
3. Metodologia della ricerca .....	15
4. Applicazione della metodologia .....	17
4.1 Formulazione del P.I.C.O .....	17
4.2 Quesito di ricerca.....	17
4.3 Criteri di inclusione ed esclusione .....	18
4.4 Obiettivi personali e di ricerca.....	18
4.5 Strategia adottata per la ricerca della letteratura .....	18
4.6 Valutazione della qualità degli articoli.....	19
5. Descrizione degli articoli selezionati .....	22
6. Analisi degli articoli .....	23
6.1. Efficacia, fattibilità e accettabilità della mindfulness per gli adolescenti con dolore cronico.....	23
6.2. Feedback degli adolescenti sottoposti a sedute di mindfulness .....	24
7. Discussione della revisione.....	25
7.1. Discussione dei dati.....	25
7.2. Limiti degli studi .....	26
7.3. Rilevanza nella pratica clinica, ruolo infermieristico e implicazioni future. ....	27
8. Conclusioni e considerazioni personali.....	29
9. Limiti e difficoltà personali.....	30
10. Ringraziamenti.....	31
11. Bibliografia.....	32
12. Allegati.....	35
12.1. Tabella descrittiva della ricerca sulle banche dati .....	35
13.1. Tabelle riassuntive degli studi analizzati .....	36

## 1. Introduzione e motivazione

L'argomento che ho deciso di approfondire per il lavoro di tesi riguarda l'efficacia della mindfulness negli adolescenti con dolore cronico.

Il motivo di questa scelta nasce principalmente dall'interesse scaturito durante i corsi universitari che riguardavano la pratica della mindfulness. In particolar modo durante il modulo di Salutogenesi durante il quale ci è stata introdotta questa pratica.

Inoltre, durante i miei quattro mesi di stage nella clinica psichiatrica Santa Croce a Orselina, ho potuto assistere e partecipare a sedute di mindfulness tenute da uno psicologo con un gruppo di giovani adolescenti. Lo psicologo effettuava settimanalmente degli incontri con i suoi pazienti e ho notato una grande partecipazione anche da parte dei più giovani. È stata un'esperienza che mi è piaciuta particolarmente e che è risultata essere funzionale; con il passare del tempo ho notato un effetto sui ragazzi in cura nonostante la ragione delle loro sedute non fosse correlata al dolore. Da quel momento ho iniziato ad interrogarmi se la mindfulness potesse essere efficace anche in relazione al dolore. Personalmente ritengo che spesso si pensi che l'unico rimedio per il dolore sia quello di assumere terapia farmacologica. Attraverso questa ricerca vorrei poter scoprire la possibilità di ricorrere ad una pratica come quella della mindfulness per il trattamento del dolore cronico.

Un altro motivo che mi ha portato a questa scelta è legato al fatto che sono sempre stato interessato al mondo pediatrico, più precisamente quello adolescenziale. Ho quindi deciso di verificare l'efficacia della mindfulness sul dolore cronico in una fascia di pazienti con età adolescenziale. Questo interesse verso l'ambito di pediatria è iniziato dal momento in cui, grazie a un'esperienza passata in Sudafrica in un orfanotrofio, mi sono sempre più affascinato al prendersi cura dei bambini. Infatti, credo fermamente che sia necessario iniziare a occuparsi della salute dei bambini per garantire loro un buon futuro. Durante questa esperienza, ho conosciuto diversi bambini e ragazzi purtroppo rimasti orfani per vari motivi. Soprattutto con i ragazzi tra i dodici e i sedici anni, ho potuto instaurare un rapporto di fiducia reciproca e di conseguenza mi sono aperto sempre più sul piano relazionale. Un'esperienza del genere mi porterà per sempre dei bei ricordi, e proprio perché vorrei poter continuare nel mio futuro professionale a lavorare con i ragazzi, mi auguro che questo lavoro di ricerca mi aiuti ad ampliare ulteriormente le mie conoscenze.

## 2. Background

### 2.1. Adolescenza e dolore cronico

L'adolescenza è il periodo dello sviluppo umano che occupa gran parte della seconda decade della vita, nel quale sia la ragazza che il ragazzo acquisiscono le caratteristiche che li fanno sentire adulti, ovvero le caratteristiche fisiche e biofisiologiche, come anche le competenze cognitive e sociali che permettono loro di inserirsi nel mondo adulto (Palmonari, 1994). È il periodo compreso tra fanciullezza ed età adulta, in cui ogni persona si appresta a subire dei cambiamenti biologici, che riguardano il corpo, il cervello (sviluppo neurologico), la psiche (sviluppo cognitivo e concetto di sé) ed il livello sociale (acquisizione di un ruolo e di diritti) (Graziani et al., 2014).

Come riportato da Graziani e Palmonari (2014) l'adolescenza ha inizio tra gli undici e i dodici anni e sancisce la fine della fanciullezza e porta ad una vera e propria trasformazione. Bisogna però tenere in considerazione le variabili individuali che riprendono gli aspetti ambientali, culturali e sociali, poiché si può notare che alle nostre latitudini, grazie al miglioramento dell'alimentazione, dell'assistenza sanitaria e delle condizioni di vita in generale, l'ingresso alla pubertà può avvenire anticipatamente (Graziani et al., 2014). La fine dell'adolescenza non ha un'età ben stabilita, anche se c'è chi tende a collocarla attorno al compimento della maggiore età, quando si inizia a prendere decisioni in autonomia, ad intrecciare rapporti sociali con quelli personali ed intraprendere una carriera lavorativa o scolastica (Graziani et al., 2014). Come anticipato però, questo passaggio all'età adulta non è più così diretto, infatti i cambiamenti socioeconomici, l'allungamento dei processi formativi e la posticipazione dell'ingresso nel mondo del lavoro hanno portato a posticipare l'emancipazione da parte dei ragazzi (Graziani et al., 2014). È importante valutare non solo gli aspetti fisici ma anche quelli psicologici dovuti alla pubertà perché gli adolescenti sono in grado di percepire quello che gli sta succedendo e questo li porta a confrontarsi con i coetanei e a fare delle valutazioni su di sé (Graziani et al., 2014). Infatti, per alcuni adolescenti è difficile accettare il proprio corpo e quindi emerge la dismorfofobia, che consiste nella paura di avere qualcosa di strano o anomalo durante lo sviluppo che li porta a pensare che siano sbagliati o diversi dagli altri (Graziani et al., 2014). Un ulteriore dilemma è dovuto dall'anticipo o dal ritardo della crescita: nel primo caso, i cambiamenti avvengono in un adolescente che non ha ancora acquisito le competenze cognitive ed emotive per affrontare i cambiamenti del corpo e questo può avere delle ricadute positive sui ragazzi poiché aumenta confidenza nell'immagine di sé e fa acquisire popolarità, mentre può essere negativo per le ragazze che si sentono precoci e di conseguenza non accettano il loro aspetto fisico, che le porta ad una diminuzione dell'autostima e alla depressione; nel secondo caso invece, un ritardo nello sviluppo puberale porta a degli effetti negativi sul vissuto interiore dei ragazzi come ansia, incertezza e sfiducia e una minore popolarità all'interno del gruppo dei pari, mentre per le ragazze non risultano esserci delle problematiche importanti come nel caso della precocità (Graziani et al., 2014).

Inoltre, Palmonari (1994) afferma che questo periodo di transizione dipende anche dall'unicità del soggetto, infatti vi è una variabile tempistica tra una persona e l'altra. Lo stesso autore definisce dei compiti di sviluppo orientati all'acquisizione di autonomia e integrazione nel mondo adulto, attraverso una ridefinizione dell'identità e delle relazioni sociali dividendoli in diverse aree di sviluppo (Palmonari, 2011). La prima riguarda l'esperienza della pubertà, come per esempio l'accettazione del proprio corpo e la gestione del ruolo maschile o femminile; la seconda concerne l'acquisizione del pensiero

ipotetico deduttivo; la terza comprende la modificazione del concetto/identità di sé e l'ultima consiste nelle norme sociali (Palmonari, 2011). Graziani e Palmonari (2014) infatti, definiscono questo periodo come un processo inevitabile e gravoso, che comporta dei numerosi compiti di sviluppo, degli squilibri emozionali contrastanti come euforia e malinconia e il rapporto tra fiducia e sfiducia.

Saccu (2000) invece, suddivide i compiti dell'adolescente in tre concetti, ovvero la ribellione, la caduta degli dèi e il segreto. Il primo permette all'adolescente di mantenere una distanza nella quale avviene un ridimensionamento dei valori poiché si crede che sia corretto solo ciò che pensa l'adolescente; nel secondo grazie ad un ridimensionamento, si crea un distacco tra adolescente e genitori; l'ultimo invece è il segreto che offre la possibilità di gestione delle esperienze personali, attraverso una riflessione personale senza un giudizio esterno (Saccu, 2000).

Lo psicoanalista e antropologo Erik Erikson è stato uno dei primi studiosi a occuparsi del processo di formazione dell'identità (Graziani et al., 2014). Erikson sostiene che per comprendere la vita degli esseri umani bisogna suddividere il processo in diversi stadi, ognuno composto da un conflitto vitale da affrontare per poi passare al seguente stadio (Graziani et al., 2014). Erikson (1950) sostiene che è fondamentale trovare un equilibrio tra due polarità contrastanti (Palmonari, 2011). Proprio in un suo studio, dove spiega le fasi del ciclo vita mettendo a confronto due polarità con l'obiettivo di trovare un equilibrio tra loro: in merito all'adolescenza, il quinto stadio chiamato "identità versus confusione dei ruoli", spiega che tutti gli avvenimenti della fase adolescenziale come la pubertà, lo sviluppo cognitivo e le relazioni sociali portano l'individuo a scoprire la propria identità (Palmonari, 2011). La confusione dei ruoli invece, porta il soggetto a variare la propria identità poiché non ha ancora preso una scelta rilevante per la propria vita (Palmonari, 2011).

Come finora spiegato, l'adolescenza è un complesso periodo di transizione che può essere però anche caratterizzato dalla comparsa di dolore cronico. Da uno studio condotto da Brown, Rojas e Gouda (2017), emerge che il dolore cronico è presente nel 20-35% dei bambini e degli adolescenti nel mondo. Spesso il dolore in questi pazienti non viene preso seriamente e di conseguenza si protrae nel tempo: infatti, il 17% degli adulti con dolore cronico afferma di avere avuto una storia di dolore cronico nella loro infanzia o adolescenza (Brown et al., 2017). Il dolore tra bambini e adolescenti è ritenuto come un'importante problematica di salute pubblica, tanto che negli ultimi 20 anni la prevalenza del dolore è aumentata e si stima che tra il 15-25% dei bambini e adolescenti soffre di condizioni di dolore ricorrente o cronico (Haraldstad et al., 2011). Soprattutto per l'ambito pediatrico, è necessario curare adeguatamente il dolore, poiché è fondamentale per il rapporto di fiducia tra paziente e team sanitario (Benini, 2010).

Le ragazze riferiscono maggior dolore rispetto ai pari età di sesso maschile, con una percentuale del 65% contro il 55%. Inoltre, dalle indagini risulta che le ragazze hanno riferito maggior dolore negli anni successivi alla prima adolescenza (Haraldstad et al., 2011). Il mal di testa e il dolore addominale, sono i sintomi più riferiti da parte dei soggetti analizzati (Haraldstad et al., 2011). Infatti, la prevalenza dei tipi di dolore secondo gli intervistati riprende la cefalea, l'addominalgia e il mal di schiena: la cefalea viene riferita dal 62% delle ragazze intervistate, con maggiore presenza nella fascia di età tra 16-18 anni; i ragazzi riferiscono maggior addominalgia nella prima fascia di età adolescenziale con una decrescita con il passare degli anni, mentre risulta aumentare per le ragazze; il mal di schiena invece non riporta differenze di genere e l'intensità è aumentata nella fascia tra i 16 e i 18 anni (Haraldstad et al., 2011).

L'International Association for the Study of Pain (IASP, 1986) definisce il dolore come "esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pone l'attenzione sul fatto che il dolore non è solamente inteso come una lesione organica, ma bensì comprende tutto quello che riguarda la sfera psico-somatica (Mercadante, 2005). Più precisamente, il dolore è un fenomeno che non è rivolto solamente allo stimolo nocicettivo, ma che comprende anche gli stimoli derivanti dalla sfera psichica e cognitiva del vissuto dell'individuo (Mercadante, 2005).

Il dolore, secondo F. Benini (2010), viene classificato in cronico o acuto oppure più specificamente in dolore nocicettivo, neuropatico e misto.

Il dolore cronico è associato non solo alle funzioni cerebrali, ma anche alle sue strutture (Brown et al., 2017). Secondo uno studio effettuato nel 2013 in seguito ad una ricerca, è stato scoperto che il dolore cronico è stato attivato nel circuito emotivo del cervello (Brown et al., 2017). La percezione del dolore nei bambini è alquanto complessa poiché va a comprendere la paura, i ricordi correlati al dolore, l'influenza familiare e il dolore stesso (Brown et al., 2017).

Il dolore acuto viene classificato come dolore che dura meno di tre mesi, ha un esordio improvviso ed è correlato ai danni tessutali, mentre il dolore cronico dura più di tre mesi o oltre la durata prevista della guarigione e può insorgere una risposta di paura ed elusione (Brown et al., 2017). Questa risposta potrebbe portare un ciclo di auto-realizzazione composto da dolore, stress emotivo e disabilità funzionale. (Brown et al., 2017).

La coesione di componenti fisiche con quelle psicologiche e relazionali inerenti all'esperienza della malattia risulta essere molto fine, soprattutto nelle fasi precoci dello sviluppo (Badon et al., 2002).

## **2.2. Ruolo dei genitori**

Nell'ambito pediatrico giocano un ruolo fondamentale anche i genitori: se loro stessi dovessero presentarsi ansiosi e agitati, ciò si riverserebbe automaticamente sulla percezione del dolore dei bambini e viceversa (Brown et al., 2017). Infatti, come illustrato da Palmonari (2011), è importante porre attenzione al contesto familiare, visto che la famiglia ricopre un ruolo fondamentale per la formazione dell'identità, l'acquisizione dell'autonomia e l'adattamento psicosociale. Come riportato da uno studio condotto da Hunfeld J. (2001) in cui sono state intervistate le madri con figli che soffrivano di dolore cronico, in seguito ad un'indagine sulla qualità di vita, emerge che il dolore cronico ha avuto un impatto significativo sulla famiglia. Difatti, le madri con un figlio adolescente che soffriva di dolore cronico hanno riportato più restrizioni nella vita sociale e problemi nell'affrontare il dolore (Hunfeld,2001).

Proprio in merito all'affrontare le situazioni di difficoltà da parte degli adolescenti, la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1951), uno psichiatra e psicanalista che utilizza il termine "attaccamento" per descrivere l'interazione sociale che si crea tra il bambino e i genitori, spiega che gli adolescenti con attaccamento di tipo sicuro verso i genitori sono più propensi a benessere psicologico e sociale, con dosi elevate di autostima e capacità di attuare strategie di coping adattive (Palmonari, 2011). Infatti, secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby vi è una caratteristica in particolare che riprende l'effetto di base sicura che consiste nel creare un'atmosfera di sicurezza e di fiducia (Cena et al.,

2010). Questa caratteristica viene associata particolarmente agli adolescenti che per esplorare il mondo esterno in tranquillità, hanno bisogno di sentirsi sicuri e di poter tornare ad una base sicura, ovvero i genitori che forniscono una base solida (Cena et al., 2010). Quindi un attaccamento di tipo sicuro dai genitori fornisce all'adolescente le basi per esplorare la realtà circostante e trovare delle strategie che permettono di affermare la propria identità (Palmonari, 2011).

Un altro aspetto che riguarda gli adulti a confronto con l'ambito pediatrico viene riportato da Badon e Cesaro (2002), secondo i quali la risposta al dolore e alla malattia da parte dei bambini è alquanto varia e unica tra individuo ed individuo, e molto spesso non viene capita dagli adulti. Questo perché ciò che un bambino percepisce come qualcosa di terribile e violento dall'altra parte può essere percepito come un dolore lieve (Badon et al., 2002). Sempre Badon e Cesaro (2002), affermano che, come spiegato da Anna Freud, la differenza non sta nell'esperienza che si attribuisce al dolore, ma al significato psicologico che entra in gioco.

### **2.3. Qualità di vita**

Gli adolescenti riescono a sopportare anche dolori molto intensi, finché però non si attivano delle paure o angosce legate ai significati del dolore, come il rifiuto, l'abbandono, la punizione e la colpa (Badon et al., 2002). Se l'angoscia dovesse aumentare, il dolore automaticamente diventerebbe un evento traumatico e quindi l'adolescente se ne ricorderà a lungo e reagirebbe cercando di proteggersi con meccanismi di evitamento (Badon et al., 2002).

Waelde et al. (2017) affermano che i giovani che soffrono di dolore cronico avranno problemi a livello sociale, emotivo e di rendimento scolastico. Il dolore cronico quindi, avendo un impatto pervasivo sulla qualità della vita, mette i giovani a rischio di progressione del dolore fino all'età adulta (Waelde et al., 2017). È presente uno studio che ha messo a confronto la cefalea con una valutazione della qualità di vita associata ad una conseguenza del dolore; dai risultati emerge che i giovani con mal di testa hanno una qualità di vita significativamente peggiore sotto l'aspetto psicologico e funzionale rispetto a chi non soffre di cefalea (Hunfeld, 2001).

Sempre in merito alla qualità di vita, la letteratura mostra che ben il 15-35% degli adolescenti soffre di condizioni di dolore ricorrente o cronico, che influenza negativamente la loro qualità di vita. Più alta è l'intensità e la frequenza del dolore, più bassa è la qualità di vita autoriferita negli adolescenti di entrambi i sessi (Skarstein et al., 2020). Il dolore tra gli adolescenti è comune e influenza le attività quotidiane come la frequenza scolastica, la partecipazione agli hobby, il mantenimento dei contatti sociali e il sonno (Skarstein et al., 2020). Lo studio condotto da Hunfeld (2001) fa notare la relazione inversa tra dolore e qualità di vita, poiché dai risultati emersi la maggior parte degli adolescenti sottoposti allo studio ha affermato che il dolore cronico ha delle ripercussioni sulle attività di vita quotidiana, e di conseguenza sulla qualità di vita. Haraldstad et al (2011) mostrano che dagli intervistati è emerso che il dolore ha influenzato sia gli adolescenti di sesso femminile che maschile sotto vari aspetti della vita quotidiana: l'impatto più comune era quello del sonno disturbato e l'impossibilità di svolgere i propri hobby; le ragazze hanno riferito significativamente più disturbi del sonno rispetto ai ragazzi, come anche la mancanza di appetito. Uno studio condotto da Fegran, Johannessen et al. (2020) sottolinea alcuni aspetti degli adolescenti con dolore persistente; uno di questi è la convivenza dei soggetti con il dolore cronico, infatti i partecipanti hanno riferito maggior dolore durante periodi stressanti come esami



scolastici, oppure la rassegnazione da parte di essi poiché il dolore che provano lo hanno da quando sono piccoli e per questo motivo non lo ritengono più un problema (Fegran, et al. 2020). Altri partecipanti invece hanno riferito di aver attuato un cambiamento di pensiero inerente al dolore che provocava loro delle problematiche e quindi sono riusciti a migliorare il proprio umore, ristabilire un ciclo sonno veglia adeguato e affrontare diversamente anche altri problemi (Fegran, et al. 2020). Un secondo aspetto è quello di ricerca delle informazioni per alleviare il dolore; questo comportamento è influenzato dal periodo in cui si trovano gli adolescenti, ossia un periodo di transizione dall'essere bambini al diventare un giovane adulto che ricerca la propria indipendenza (Fegran, et al. 2020). Infatti, alcuni giovani hanno espresso di voler essere coinvolti nella propria gestione del dolore e quindi di ricevere le informazioni adeguate sia per il tipo di gestione sia per le strategie da attuare (Fegran, et al. 2020). I partecipanti hanno espresso il desiderio di ricevere informazioni da parte del personale sanitario a riguardo delle terapie da assumere per il dolore, in quanto hanno dimostrato fiducia in loro mentre ricercano informazioni su internet inerenti alla sintomatologia che provano per cercare di comprenderle (Fegran, et al. 2020). I risultati di questa ricerca indicano come il vivere con il dolore influenzi la vita quotidiana degli intervistati e che la ricerca di conferme nel personale curante possa essere un segno di ricerca di aiuto, come anche il ruolo dell'insegnante che sostiene i ragazzi nell'individuare delle strategie di coping (Fegran, et al. 2020).

## 2.4. Terapie

Nello studio di Haraldstad et al. (2011) tra i ragazzi che hanno riferito dolore quasi la metà (45%) era stata visitata da un medico ma solo una parte (11%) aveva una diagnosi medica. Dallo studio si può notare inoltre che le ragazze hanno una percentuale maggiore (42%) rispetto ai ragazzi (31%), di utilizzo di farmaci antidolorifici (Haraldstad et al., 2011).

Un altro aspetto da considerare è quello della relazione tra mente e corpo e di questo in un rapporto sull'approccio mente e corpo dell' "American Academy of Pediatrics", emerge che i giovani descrivono l'interazione di mente e corpo con l'intento di utilizzare la mente per influenzare le funzioni fisiche e influire sulla salute (Brown et al., 2017). Dagli studi emerge che le terapie mente-corpo vengono utilizzate come terapie secondarie o addirittura primarie per il trattamento del dolore nei bambini e adulti (Brown et al., 2017). La respirazione diaframmatica, per esempio, stimola il nervo vago e favorisce di conseguenza il rilassamento (Brown et al., 2017). Il nervo vago, componente essenziale del sistema nervoso autonomo, agisce sulla maggior parte degli organi (cuore, polmoni, fegato, milza, reni e tratto gastrointestinale) (Brown et al., 2017).

Essendo una pratica è necessario applicare un approccio basato sullo sviluppo, dunque mantenere e allenare sempre di più questa pratica (Brown et al., 2017). Come definiscono gli autori Brown, Rojas e Gouda (2017), la messa in pratica di questo approccio va definita da paziente a paziente, quindi a seconda dell'età del paziente gli esercizi possono variare, come per esempio per gli esercizi respiratori negli adolescenti si possono utilizzare delle immagini complesse, mentre nei bambini più piccoli delle immagini più semplici con l'utilizzo di bolle di sapone o palloncini gonfiabili.

Anche Waelder et al. (2017) affermano che gli approcci psicologici alla gestione del dolore hanno un'importanza notevole, poiché fanno parte di un trattamento interdisciplinare con primaria o secondaria importanza.

Infine, per affrontare il dolore, gli adolescenti utilizzano spesso farmaci cosiddetti “da banco”, ossia farmaci comuni che si trovano sul mercato senza prescrizione medica (Skarstein, et al. 2020). Uno studio effettuato sugli adolescenti in Svezia in cui hanno indagato sulla conoscenza e le attitudini degli adolescenti nei confronti dei farmaci da banco mostra diversi risultati: in primis emerge che c'è una presenza di familiarità con i farmaci da banco, in cui tutti i ragazzi e ragazze intervistate erano a conoscenza di questa categoria di farmaci senza però essere a conoscenza degli effetti desiderati (Holmström et al. 2014). Alcuni avevano l'idea che i farmaci da banco avessero meno effetto di quelli con prescrizione medica, altri sostenevano che bisognava assumere il paracetamolo seguendo le linee guida, mentre alcuni sostenevano che non fosse necessario in quanto il principio attivo non fosse forte (Holmström et al. 2014). Sono emerse anche numerose domande inerenti al dosaggio dei farmaci, l'interazione con altri farmaci e se l'utilizzo potesse diventare pericoloso (Holmström et al. 2014). I ragazzi tendono ad assumere più facilmente i farmaci senza porsi particolari domande, mentre le ragazze sono più attente sugli effetti che provocano (Holmström et al. 2014). Un secondo aspetto è l'influenza da parte di fattori esterni sull'assunzione di farmaci da banco: infatti, dallo studio emerge che i ragazzi hanno affermato di essere stati influenzati da parte dei loro genitori poiché anche loro assumono questi farmaci oppure dagli amici per lo stesso motivo (Holmström et al. 2014). Alcuni dei ragazzi hanno affermato che sarebbe stato opportuno essere educati da parte dei propri genitori in merito all'assunzione dei farmaci, le ragazze soprattutto per i dolori mestruali (Holmström et al. 2014). Il terzo aspetto riguarda le differenti motivazioni che hanno portato gli adolescenti all'assunzione dei farmaci: il motivo più comune è legato al dolore, come mal di testa o dolori addominali e le prime compresse assunte erano attorno ai 12 o 13 anni (Holmström et al. 2014). L'ultimo aspetto riprende i pensieri e le opinioni degli adolescenti sull'aumento dell'uso di farmaci da banco, secondo cui alcuni ragazzi sostengono che l'aumento sia dovuto al fatto che sempre più giovani soffrono di mal di testa poiché si è maggiormente esposti a fattori stressanti (Holmström et al. 2014). Inoltre, i farmaci da banco sono di facile accessibilità, infatti li si può trovare a casa o tramite gli amici (Holmström et al., 2014).

In conclusione, si può notare che una buona parte degli adolescenti assume un atteggiamento responsabile verso i farmaci da banco anche se tuttavia sono presenti alcune lacune inerenti la consapevolezza degli effetti collaterali oppure della conoscenza dell'interazione tra diversi farmaci (Holmström et al., 2014). L'argomento dei farmaci da banco non è un argomento su cui si basano delle riflessioni da parte degli adolescenti poiché rientra sotto un aspetto di normalità e dunque facente parte della loro vita quotidiana, nascondendo il rischio di un eventuale abuso di farmaci. Questo perché risultano essere di facile accessibilità, si trovano in casa e vengono anche pubblicizzati in televisione (Holmström et al., 2014). Le ragazze tendono ad avere quotidianamente delle compresse antidolorifiche con sé, questo per palliare l'eventuale dolore mestruale, mentre i ragazzi tendono a dimostrarsi forti durante la giornata e assumere le terapie soltanto la sera quando rientrano a casa (Holmström et al., 2014).

Da una prospettiva a lungo termine, l'uso di farmaci all'inizio della vita per alleviare il dolore e lo stress potrebbe impedire di imparare modi più sani di gestire il dolore. Potenzialmente potrebbe portare all'uso inadeguato di farmaci per tutta la vita. Se si facesse un maggiore sforzo per migliorare le situazioni di vita che gli adolescenti percepiscono come dolorose e scomode o per sviluppare strategie di coping più convenienti, il bisogno di analgesici potrebbe essere ridotto (Skarstein, et al., 2020).

## 2.5. Meditazione e mindfulness

Il termine meditazione ha origine dal latino “mederi” che significa risanare, curare o guarire (Fabbro, 2019). Viene associato alla medicina proprio perché riprende dei concetti di crescita, sviluppo ed educazione (Fabbro, 2019). Ad oggi esistono diversi tipi di meditazione, ognuna con una filosofia spirituale diversa, come per esempio il cristianesimo, il buddismo, l'islam e l'induismo (Fabbro, 2019). La più conosciuta alle nostre latitudini, risulta essere quella di Buddha, che ha insegnato due forme principali di meditazione: la prima basata sulla concentrazione unitiva, mentre la seconda comporta lo sviluppo della consapevolezza mentale (Fabbro, 2019).

Un altro aspetto da precisare inerente alla meditazione sono le varie caratteristiche concernenti questa tecnica (Fabbro, 2019). La prima tra queste riguarda la postura, per la quale si sta prevalentemente seduti, ma esistono anche alcuni tipi di meditazione in movimento, come per esempio la danza e la meditazione dinamica (Fabbro, 2019). Una seconda caratteristica con diverse varianti è il respiro: lo si può controllare praticando yoga oppure può essere spontaneo come nella meditazione introspettiva (Fabbro, 2019). Un terzo aspetto si riferisce invece ad una recita di mantra, con anch'essa alcune varianti, come la recitazione in silenzio, una recita a voce alta oppure cantata (Fabbro, 2019). Infine, si aggiungono altre caratteristiche come l'attenzione, il rilassamento, la dimensione devozionale e spirituale (Fabbro, 2019).

L'origine della mindfulness risale a duemilacinquecento anni fa, quando iniziava a imperversare nella tradizione psicologica buddhista (Didonna, 2012). Il suo significato deriva dall'inglese che tradotto nella lingua pali, ossia la lingua utilizzata dal Buddha per i suoi insegnamenti, viene chiamata sati, che significa consapevolezza (Didonna, 2012). La consapevolezza, come anche la consapevolezza focalizzata, ossia l'attenzione, viene definita come qualcosa di intrinseco e molto forte (Didonna, 2012). La mindfulness permette la liberazione delle ansie psicologiche, delle emozioni suscitate e di tutto ciò che circonda l'uomo che risulta essere ingestibile (Didonna, 2012). Essa insegna inoltre a non combattere e a vivere con meno angoscia ciò che sta accadendo, quindi il presente, ponendo l'attenzione là dove necessario (Didonna, 2012).

Tuttavia, la mindfulness ha un concetto anche più ampio e non si basa solamente sulla pratica della consapevolezza, ma cerca di eliminare tutte le negatività che portano ad un'inutile sofferenza, mettendo in atto la comprensione della relazione tra mente e mondo materiale (Didonna, 2012). Per la sua realizzazione è dunque fondamentale non solo praticare la mindfulness, ma esercitare anche altre qualità per arrivare ad un obiettivo completo. (Didonna, 2012). Gli psicoterapeuti con gli anni hanno sempre più ampliato il significato di mindfulness inglobando anche termini come compassione, accettazione e non giudizio (Didonna, 2012). Questo era volto a mettere in atto delle correzioni alle nuove tendenze psicoterapiche che implicavano la risoluzione del problema senza passare dall'auto-accettazione e comprensione del sé (Didonna, 2012).

Uno dei pionieri della mindfulness, ovvero Jon Kabat-Zinn (2013), definisce la mindfulness come consapevolezza, ovvero il risultato ottenuto tramite la continua attenzione intenzionale durante tutta l'esperienza vissuta, senza porre alcun giudizio (Kabat-Zinn, 2013). Altri autori come Germer, Siegel e Fulton (2005) hanno definito la mindfulness come consapevolezza e accettazione dell'esperienza presente (Didonna, 2012). Come specificato da Didonna (2012), per poter comprendere a pieno il significato di mindfulness non è sufficiente documentarsi tramite libri e fonti affidate, bensì praticarla costantemente in modo da allenare sempre di più la presa di consapevolezza.

Fabbro (2019), definisce alcuni fattori che portano all'inconsapevolezza: l'attitudine nel ripetere l'accaduto, l'utilizzo di preconcetti, la focalizzazione sugli obiettivi e il contesto in cui ci si trova. Viene spiegato che effettuare ripetutamente un compito non necessita di particolare attenzione e dunque ci si dirige verso l'inconsapevolezza (Fabbro, 2019). Un altro esempio è dato dal fatto che ci si focalizza unicamente sulla propria cultura e le proprie abitudini, senza espandere la visione verso la variabilità del mondo (Fabbro, 2019). Tutti questi esempi evidenziano l'opposto di mindfulness, ossia mindlessness che indica l'inconsapevolezza (Didonna, 2012). Si può dunque affermare che per la comprensione della mindfulness spesso sia più facile comprendere l'opposto, poiché passiamo la maggior parte del tempo con la mente inconsapevole e con il "pilota automatico" impostato (Didonna, 2012).

La meditazione mindfulness concerne alcune procedure atte a sviluppare la consapevolezza necessaria per ogni aspetto della vita (Fabbro, 2019) e viene definita come un allenamento mirato alla propria vita con tendenza verso la gentilezza e l'equanimità (Fabbro, 2019). Come definito da Kabat-Zinn (2013), la consapevolezza è essenzialmente il guardare dentro di sé con auto-comprensione e auto-indagine permettendo quindi di essere appresa da tutti gli esseri umani, in ogni parte del mondo e senza dipendere da credenze religiose o riti spirituali.

Un altro aspetto importante di questa pratica è che, proprio perché è un lavoro personale in cui ogni soggetto è invitato a vivere momento per momento, non bisogna pensare che gli psicoterapeuti o gli istruttori di mindfulness facciano qualcosa per aiutare perché altrimenti fallisce la pratica (Kabat-Zinn, 2013). Praticare la mindfulness comporta dei processi di meditazione, che però è necessario chiarire, in quanto, soprattutto in occidente, ci sono alcune idee errate inerenti la meditazione stessa (Didonna, 2012).

Sempre secondo Didonna (2012) la pratica della mindfulness, quindi, non è avere la mente vuota, ma prevede la presenza attiva della consapevolezza in ogni momento, così da permetterci di essere consapevoli di ciò che stiamo pensando mentre pensiamo. Proprio perché la mindfulness mira alla consapevolezza e all'attenzione intenzionale, permette alle emozioni di sorgere e quindi di poterle vedere in maniera più effettiva, dunque non significa privarsi delle emozioni (Didonna, 2012). Inoltre, non significa nemmeno ritirarsi dalla vita: malgrado si consigli di praticare la mindfulness in ambienti isolati, non significa che bisogna ritirarsi e isolarsi e non avere una rete sociale (Didonna, 2012). Nella meditazione basata sulla mindfulness, non ci si sofferma sugli stati emotivi che insorgono durante l'allenamento, ma bensì si accolgono, si notano e poi si lasciano andare, poiché durante questo processo la mente tende ad essere instabile, sia a causa di emozioni negative che positive (Kabat-Zinn, 2013). Questo meccanismo vale anche per il dolore e la sofferenza, perciò quando proviamo un dolore acuto si tende a porgere l'attenzione altrove e a cercare di provare meno quella sensazione sgradevole e di male intenso (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019). Per il dolore cronico accade la stessa cosa, si tende a rassegnarsi e a non voler soffrire tutta la vita, con l'intento di individuare delle strategie che portano l'attenzione da un'altra parte (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019). Come già anticipato prima, è invece opportuno addentrarsi in questo dolore e cercare di scoprire le varie sfumature che esso comporta, perché il dolore non sempre si presenta nello stesso modo e, come tutte le cose, muta nel tempo (Didonna, 2012). Kabat-Zinn, Penman e Burch (2019) sostengono che la pratica della mindfulness in queste circostanze risulta essere difficile perché non è evidente porre attenzione a ciò che porta dolore e che prima si tendeva a evitare. Infatti, essendo difficile da accettare, molte persone giungono alla richiesta di aiuto tramite la mindfulness solo nel momento in

cui, esasperati, non hanno alternative per alleviare questa sofferenza (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019).

Quasi tutte le persone che si sono sottoposte a questa pratica però sono riuscite a vivere la loro vita con una visione diversa del dolore. Bisogna anche sottolineare che la mindfulness non ha gli stessi effetti di un farmaco analgesico ma ti insegna a convivere con il dolore e ti aiuta a capire che se gli si dedica la giusta attenzione, si analizza e si contempla, il dolore assume diverse sfaccettature (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019). Questa pratica permette di essere a conoscenza della presenza del dolore, aiuta ad accettare la situazione presente facendo capire che tu sei consapevole e che il dolore non fa parte di te perché è mutabile, mentre te come persona sei coscienza (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019).

Penman e Burch (2019) definiscono il dolore fisico come dolore primario, mentre la sofferenza come dolore secondario essendo una conseguenza di quello primario. La sofferenza, quindi, deriva dal fatto che c'è una permanenza del dolore primario che ad un certo punto diventa insopportabile, dunque il tessuto cerebrale dedicato alla difesa diventa iper-vigilato e quindi amplifica qualsiasi percezione del dolore (Penman & Burch, 2019). Questa amplificazione da parte della mente porta indubbiamente a delle emozioni negative e ad un distress fisico ed emotivo (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019).

La mindfulness, quindi, aiuta la persona ad osservare dall'esterno ciò che sta accadendo e le emozioni che emergono, se si ha la consapevolezza del presente e lo si accetta, evitando giudizi, e la sofferenza derivata dal dolore pian piano sparirà (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019). Se si combatte in continuazione contro qualcosa, aumenterà sempre più una catena da spezzare, ma se si diventa consapevoli, si impara a gestire il dolore primario, di conseguenza svanirà quello secondario perché non sarà più alimentato dalla nostra mente che non accetta la situazione (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019).

Più specificamente alla meditazione mindfulness sono associati tre diversi tipi di pratiche (Didonna, 2012). La prima è definita meditazione concentrativa, che consiste nel focalizzare l'attenzione su un oggetto, come per esempio il respiro, e più specificamente, chi attua questo tipo di meditazione sarà in grado di non permettere alla mente di vagare e quindi di distrarsi, ma riuscirà a mantenere l'attenzione sul respiro (Didonna, 2012). La seconda consiste nella meditazione mindfulness che invece non si focalizza solamente su un oggetto, ma cerca di portare l'attenzione su ciò che accade momento dopo momento e di esplorare quello che ci succede in ogni istante (Didonna, 2012). Infatti, la meditazione mindfulness viene distinta dalle altre proprio perché permette all'individuo di addentrarsi nei propri condizionamenti e di comprenderli (Didonna, 2012). Il terzo tipo di meditazione è nominato meditazione della gentilezza amorevole, che può essere paragonata ad una meditazione concentrativa, poiché l'individuo si focalizza su un determinato aspetto, in questo caso sulla qualità emotiva (Didonna, 2012). Il soggetto appunto durante la meditazione sarà intenzionato ad essere gentile ed amorevole, aspetto che rispecchia la funzione della pratica di mindfulness (Didonna, 2012). Questa qualità porta il praticante ad affrontare le distrazioni mentali con il cuore aperto e ad accoglierle senza respingerle con rigidità (Didonna, 2012).

Inoltre, praticare la mindfulness non consiste nel fuggire dal dolore: con la mindfulness si impara a sopportarlo, ovvero si insegna a sperimentare il dolore in maniera più attiva e presente e quindi a non reagire con l'impulso d'urgenza che si riceve. (Kabat-Zinn, 2013). Quando si ha una sintomatologia spiacevole manifestata dal nostro corpo, è di fondamentale importanza attribuirgli valore e ascoltarlo, sentire le emozioni che suscita

(Kabat-Zinn, 2019). Il dolore è dovuto a una reazione naturale, siamo però noi stessi a dover decidere se attribuirgli sofferenza o meno; se si presenta, va accettato senza giudizio e con consapevolezza (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019). Infatti, secondo Penman e Brunch (2019) esistono due tipologie di dolore: quello primario, ovvero il dolore grezzo e primitivo, dovuto da una lesione del SNC, e quello secondario che consiste in un deterioramento della mente e dei pensieri che il dolore primario provoca. La consapevolezza è esterna ai nostri pensieri, alle sensazioni del nostro corpo e non prova dolore; noi non siamo il nostro corpo o le emozioni che stiamo provando, siamo consapevolezza e quindi di conseguenza non siamo il dolore che stiamo provando (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019). Bisogna immaginare il soggetto al centro di un triangolo in cui si possono notare agli angoli il corpo, la mente e le emozioni che agiscono in diversi modi, mentre il paziente attua la consapevolezza e osserva (Kabat-Zinn, 2019). Capita spesso che ai pazienti nelle cliniche riabilitative, sottoposti a trattamenti per alleviare il dolore, venga detto che tutto tornerà come prima, quando invece non sarà così; creando angoscia e frustrazione nel momento in cui non insorgono i risultati desiderati. Bisognerebbe invece insegnare ai pazienti che pur rimanendo stabili si è in continua mutazione (Kabat-Zinn, 2019). La realtà è che probabilmente il paziente non tornerà più come prima, e questo non significa che avrà una diagnosi sfavorevole, anzi, grazie alla pratica di consapevolezza può lavorare su sé stesso e riscoprire delle nuove risorse (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019).

Vi è inoltre il dolore emotivo, che sta emergendo con sempre più frequenza ed è ancora più devastante rispetto a quello fisico (Kabat-Zinn, 2019). Le emozioni negative possono amplificare la percezione del dolore secondario, ovvero quello emotivo che porta la persona a stare ancora peggio (Penman & Burch, 2019). Un aiuto può essere dato dalla consapevolezza delle emozioni e dei sentimenti che emergono, quindi essere consapevoli che io non sono il dolore che provo e le conseguenze che ne derivano, permette di avere chiarezza sulla situazione presente e accettarla (Kabat-Zinn, 2019; Penman & Burch, 2019).

Esistono alcuni approcci utili ad affrontare questo tipo di dolore: l'approccio centrato sul problema, quello centrato sulle emozioni e il *reframing* (Kabat-Zinn, 2019). Il primo consiste nel vivere il presente, indipendentemente da ciò che sta facendo e tralasciare il passato; quello centrato sulle emozioni invece porta la persona a concentrarsi su quello che sta sentendo nel qui ed ora, reggendo così la pressione del dolore emotivo; il *reframing*, infine, attraverso la consapevolezza delle emozioni, permette all'individuo di inquadrarle in una situazione diversa e trasformarle in una risorsa utile ad apprendere (Kabat-Zinn, 2019).

È importante specificare che l'utilizzo comune della mindfulness è spesso errato, poiché, soprattutto nella cultura occidentale, si paragonano alla pratica di consapevolezza tutte le pratiche buddhiste, che siano formali o informali (Didonna, 2012). Più specificamente, oltre alle abilità meditative come la gentilezza amorevole, concentrazione e introspezione, si associano le pratiche informali come l'equanimità, ovvero l'immaginazione di un soggetto come una solida montagna senza che subisca dei cambiamenti da parte degli agenti atmosferici (Didonna, 2012).

### 3. Metodologia della ricerca

Come metodologia per l'elaborazione del lavoro di tesi si intende utilizzare la revisione della letteratura. Questo tipo di metodologia prevede delle fasi preliminari in cui è necessario ricercare e formulare il problema di ricerca e lo sviluppo del quesito (LoBiondo-Wood e Haber 2004). Dalla domanda di ricerca poi verrà strutturato tutto il lavoro di revisione, tenendo però sempre il quesito come punto di riferimento (LoBiondo-Wood e Haber 2004). Giglio (2014), sostiene che esistono molte possibilità che portano alla formulazione della domanda di ricerca: infatti può derivare da un'esperienza lavorativa, oppure da un'esperienza vissuta nella vita privata in cui si sono presentate varie dinamiche che hanno suscitato alcuni dubbi e interrogativi dal quale poi si ha deciso di lavorare e approfondirne il significato. Il quesito di ricerca può essere sorto inoltre in seguito ad una lezione vista a scuola oppure in seguito ad un confronto con un compagno di classe o un docente, dopo aver letto alcuni articoli scientifici che hanno portato ad una discussione volta a porre l'interesse verso la risposta alle domande sorte durante la discussione (Giglio, 2014). L'autrice, dunque, ritiene che lo stimolo per la formulazione del quesito di ricerca può sorgere da tanti aspetti come anche la visione di un film e riassume quindi due principali conduttori della formulazione della domanda di ricerca: l'intuizione, ossia un'esperienza che ti porta uno stimolo per poter individuare l'oggetto di ricerca, oppure lo studio, che grazie alla lettura di fonti e materiale specifico ti aiutano a individuare l'argomento su cui basare il lavoro (Giglio, 2014).

Per questo lavoro di "*Bachelor*" il quesito riguarda un aspetto clinico-sanitario ed è mirato alla verifica dell'efficienza di una tecnica di cura sugli adolescenti tenendo in considerazione le condizioni di vita dei pazienti (Sala et. al. 2006).

Per rispondere alla domanda di ricerca si intende quindi utilizzare una revisione della letteratura che, come scopo, permette di riunire e analizzare tutta la letteratura disponibile in merito all'argomento che si intende trattare, con l'obiettivo di dare una risposta dettagliata e pertinente al quesito di ricerca (Aromataris & Pearson, 2014; Cronin, Ryan, & Coughlan, 2008)

Il termine "revisione" o " rassegna" indica una sintesi critica dei lavori pubblicati su un argomento specifico e compie una funzione indispensabile in ambito sanitario, ovvero, offre una revisione della letteratura con lo scopo di possedere un aggiornamento su un determinato argomento (Saiani & Brugnolli, 2010). È importante sottolineare che non si tratta di redigere un testo composto da nuove conoscenze ma bensì di effettuare un riassunto puntiglioso delle ricerche effettuate, sottolineando le differenze o le similitudini in modo tale da offrire possibili spiegazioni in caso di incongruenze (Aromataris & Pearson, 2014). Inoltre, è fondamentale sottolineare il fatto che chi realizza una revisione della letteratura, eviti di esprimere giudizi di valore personale ma che sia oggettivo, questo significa che le ipotesi non vengono confermate ma bensì supportate dai risultati emersi dalla ricerca (Polit, et al., 2014).

La revisione della letteratura è composta da diverse tappe, Saiani e Brugnolli (2010) descrivono principalmente tre tappe: la preparazione alla revisione della letteratura che comprende la scelta dell'argomento, delimitazione del problema e formulazione del quesito accompagnate dall'identificazione e la selezione degli articoli scientifici; la seconda consiste nella scrittura della tesi; la terza e ultima fase consiste nella rilettura e controllo del lavoro.

Tuttavia, esistono due tipi di revisione della letteratura, ovvero quella di tipo tradizionale o narrativo (*narrative literature review*) oppure quella di tipo sistematico (*systemic*

*literature review*) (Sala, et al., 2006). La prima permette una visione più allargata sull'argomento di ricerca, spesso viene affrontato ogni aspetto rispondendo a dei quesiti più generici con l'obiettivo di permettere una comprensione della consapevolezza attuale accentuando l'importanza di nuove ricerche (Cronin, et al., 2008). La seconda invece, utilizza un approccio più rigido e viene utilizzata per rispondere alle domande precise che riguardano la pratica clinica (Cronin, et al., 2008). Quindi l'autore della revisione della letteratura sistematica deve, inizialmente, identificare e specificare la domanda di ricerca poiché gli permetterà più facilmente di trovare una risposta adeguata senza entrare nell'indeterminatezza, ciò è possibile attraverso il metodo "P.I.C.O" (Sala et al., 2006).

Anche secondo Chiari et al. & Polit et al., (2006) il fondamento della revisione sistematica della letteratura si basa sul protocollo di ricerca, in cui l'autore deve partire dall'identificazione del quesito di ricerca tramite il metodo "P.I.C.O.". Questo metodo consiste nell'individuare il Paziente o popolazione con delle caratteristiche simili, l'Intervento da effettuare, eventualmente un intervento Comparativo (non è obbligatorio) e l'Outcome (Chiari et al., 2006; Polit et al., 2014).

Secondariamente bisogna tenere in considerazione i criteri d'inclusione e d'esclusione, più specificamente la popolazione che si intende prendere in considerazione, il contesto ambientale, la lingua degli articoli, l'arco temporale, il tipo di studio e il luogo di pubblicazione (Polit & Beck, 2008). Nel caso di una scarsa letteratura, il revisore deve modificare la propria strategia di ricerca oppure ampliare la propria area di interesse attraverso altri quesiti (Saiani & Brugnolli, 2010). Ma nel caso in cui si riesce a trovare diverso materiale, l'autore può definire maggiormente il problema e anche analizzare più approfonditamente l'argomento scelto (Saiani & Brugnolli, 2010).

Per completare la ricerca è necessario basarsi sull'*evidence-based practice* (EBP) che permette all'autore di avere a disposizione delle evidenze migliori in modo tale da favorire la formulazione di decisioni di natura assistenziale e proprio queste evidenze nascono da ricerche effettuate dagli infermieri o altri operatori sanitari (Polit, Tatano & Beck, 2014).

Le riviste scientifiche e i libri possono essere inclusi nella ricerca di articoli, tuttavia sono da preferire le riviste ai libri di testo in quanto sono più aggiornate (Berverley J. Taylor, Kermode, & Roberts, 2006; Cronin et al., 2008).

Per fare questo è necessario effettuare il lavoro consultando *database* appropriati, utilizzando parole chiave collegate fra loro dagli operatori Booleani, ossia "AND", "OR", "NOT" (Polit et al., 2014). Gli operatori Booleani come "AND" e "OR" sono solitamente utilizzati per restringere o ampliare i termini di ricerca collegandoli e/o definendoli (Watts, 2020). Più specificamente l'operatore booleano "AND" permette di delimitare il campo di ricerca facendo riferimento ai testi di Mindfulness AND chronic pain AND adolescents; invece, l'operatore booleano "OR" permette di allargare la ricerca come per esempio: Mindfulness AND adolescents OR young people (Polit et al., 2014). L'operatore booleano "NOT" viene utilizzato quando si vuole escludere gli articoli che contengono quella parola specifica (Cronin et al., 2008).

Dal momento in cui si ha scelto e letto gli articoli, è necessario raggrupparli a dipendenza del tipo di articoli e valutarne la qualità per poi proseguire all'analisi della letteratura scelta (LoBiondo-Wood, Haber, & Palese, 2004). Oppure come definito da Gray et al (2017), una volta identificati gli articoli, per chiarire il significato ottenuto dalle fonti è necessario effettuare una sintesi che permette di raggruppare e collegare gli studi che provengono da diverse fonti.



La scelta degli articoli viene effettuata in seguito alla lettura dei titoli e degli *abstract*, verificando la presenza di elementi che concernono l'argomento scelto e eventuali criteri di inclusione o esclusione, per poi effettuarlo anche nei testi completi (Saiani & Brugnolli, 2010).

Per la realizzazione della sintesi potrebbe quindi essere utile l'aiuto di una tabella composta da diverse colonne nelle quali verranno riportati i dati dell'autore, le caratteristiche del campione, disegno e risultati chiave (Polit et al., 2014).

Infine, durante lo svolgimento di una revisione della letteratura è importante conoscere i diversi tipi di fonti: ovvero le fonti primarie e secondarie (Gray et al., 2017). Le prime sono articoli scritti dalle persone da cui origina la fonte, le seconde invece, riassumono o citano il contenuto di una fonte primaria (Gray et al., 2017).

## 4. Applicazione della metodologia

Come anticipato nel capitolo precedente, per la redazione del lavoro di tesi verrà utilizzata la revisione della letteratura poiché in seguito ad una breve analisi, risulta essere il metodo più appropriato. Dalla ricerca emerge che il tema della mindfulness legata al dolore cronico è sempre più studiato negli ultimi anni, soprattutto legato ad una categoria di pazienti adulta. Si è deciso però di rivolgere la ricerca degli studi ad una fascia di età adolescenziale. In questa maniera seguendo le tappe previste da una revisione della letteratura, il background, è stato definito in seguito ad un consulto di materiale didattico, libri di testo, siti validi e articoli validi nelle banche dati. In seguito alla ricerca dei singoli argomenti, ovvero mindfulness, adolescenti e dolore cronico si è tentato di vedere le associazioni tra i diversi argomenti e come si influenzano tra loro.

### 4.1 Formulazione del P.I.C.O

<b>P</b>	Popolazione o pazienti	Adolescenti con dolore cronico
<b>I</b>	Intervento, influenza o esposizione	Influenza della mindfulness per adolescenti con dolore cronico
<b>C</b>	Confronto	
<b>O</b>	Outcome o risultati	Efficacia della mindfulness per adolescenti con dolore cronico.

### 4.2 Quesito di ricerca

La mindfulness per adolescenti con dolore cronico è efficace?

### **4.3 Criteri di inclusione ed esclusione**

Criteri di inclusione:

- Et : 12-20 anni
- Ambiente: pazienti presenti in qualsiasi nazione o contesto
- Lingua: articoli preferibilmente in lingua italiana o inglese
- Pubblicazioni: articoli pubblicati su riviste o banche dati valide con abstract e gratuite.
- Limite temporale: testi datati tra il 2015 e il 2021

Criteri di esclusione:

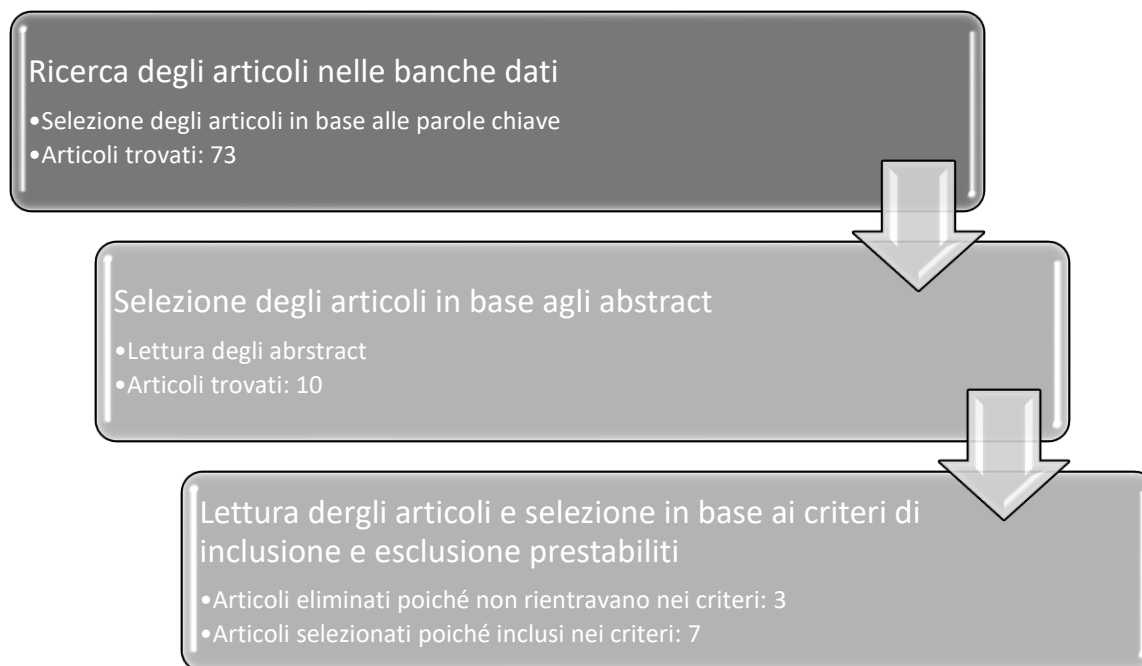
- Bambini o adulti
- Articoli a pagamento

### **4.4 Obiettivi personali e di ricerca**

- Approfondire il tema riguardante il dolore cronico negli adolescenti
- Individuare articoli scientifici e narrativi che trattano la mindfulness per adolescenti con dolore cronico
- Sviluppare le capacit  di analisi in una ricerca
- Sviluppare le competenze per il mio futuro professionale
- Verificare e analizzare delle strategie di assistenza infermieristica
- Ampliare le conoscenze nei confronti degli adolescenti
- Sviluppare maggiormente il ruolo di promotore della salute

### **4.5 Strategia adottata per la ricerca della letteratura**

Per la validit  della ricerca sono state utilizzate le banche dati accademiche con l'obiettivo di ottenere degli studi scientificamente validi e concreti per la stesura del lavoro di tesi. Inizialmente   stato necessario selezionare le banche dati utilizzabili, tra queste sono state utilizzate: CINAHL, PUBMED e COCHRANE. Il secondo passo   stato quello di utilizzare le parole chiave (*keywords*) correlate al quesito di ricerca e associate agli operatori booleani AND e OR. Quindi *mindfulness AND chronic pain OR persistent pain OR long term pain AND adolescents OR teenagers OR young adults*. La ricerca effettuata tenendo in considerazione la data di pubblicazione che doveva essere tra il 2015 e il 2021, ha portato alla selezione di 73 articoli (vedi allegato 12.1). Tra questi sono stati esclusi 63 poich  in seguito alla lettura degli abstract non rientravano nei criteri di ricerca. Dunque, dopo aver letto gli articoli e selezionato quelli idonei ai criteri di inclusioni ed esclusione prestabiliti, ne sono stati selezionati 7.



#### 4.6 Valutazione della qualità degli articoli

Per la scelta degli articoli selezionati è necessario sottoporli ad un'analisi di diverse scale di valutazione (Fain, 2004). Si è deciso di utilizzare la semplificazione della checklist di Duffy (2011). La checklist originale è composta da cinquantadue affermazioni presenti in otto categorie, ovvero il titolo, l'abstract, il problema, la revisione della letteratura, il metodo, l'analisi dei dati, la discussione, la forma e lo stile (Fain, 2004). Tutte le affermazioni dispongono di un punteggio di valutazione che va da 1 (non osservato) a 6 (completamente osservato), mentre NA è la sigla di non applicabile (James, et al., 2004). Per semplificare la valutazione degli articoli si è deciso di modificare la checklist tenendo in considerazione la suddivisione originale ma applicando una spiegazione sintetica ad ogni categoria con un rispettivo punteggio di 0 se la categoria non viene rispettata, 0,5 se vengono rispettati parzialmente i criteri oppure 1 se vengono rispettati totalmente. L'unica eccezione sarà fatta per la categoria del metodo poiché è composta da tre sottocategorie (soggetti, strumenti e disegno) che porterà ad un punteggio massimo di 3 punti. Di seguito vengono descritti brevemente tutti i punti presenti nella checklist semplificata in modo da poter facilitarne la comprensione (Fain, 2004).

<b>1. Titolo</b>	Il titolo è comprensibile immediatamente e correlato ai contenuti dello studio.
<b>2. Abstract</b>	L'abstract è composto dal problema di ricerca, dalle ipotesi (se presenti, chiare e concise), il metodo descritto chiaramente accompagnate dalla sintesi dei risultati e dalle conclusioni.
<b>3. Problema</b>	Il problema generale è riportato all'inizio dello studio; sono presenti la/le domande di ricerca; le ipotesi sono formulate esaustivamente; sono presenti i limiti dello studio; viene discussa la significatività del problema e sono presenti motivazioni per la ricerca.

<b>4. Metodo</b>	<p>Soggetti→ è descritta la popolazione presa in considerazione; sono presenti i metodi di campionamento con le rispettive motivazioni; le possibili fonti di errore sono individuabili.</p> <p>Strumenti→ sono presenti dati di precedenti ricerche così da poter stabilire l'affidabilità degli strumenti; sono riportati i dati della ricerca attuale che indicano l'affidabilità degli strumenti; sono riportati i dati inerenti alla validità dello studio presenti con la relativa raccolta dati.</p> <p>Disegno→ il disegno è coerente con le domande di ricerca e/o le ipotesi; è descritto in maniera chiara da permetterne una replicazione.</p>
<b>5. Analisi dei dati</b>	Le informazioni riportate permettono di rispondere alla domanda di ricerca; sono riportati i dati statistici delle ricerche effettuate con i rispettivi valori; le tabelle e le immagini sono presentate in modo comprensibile.
<b>6. Discussione</b>	Sono espone in maniera chiara le conclusioni dello studio; sono presenti i problemi e/o i limiti metodologici; c'è un'associazione tra i risultati e le basi teoriche degli studi; è presente un'implicazione dei risultati ottenuti e è presente uno spazio dedicato alle raccomandazioni per le ricerche future.
<b>7. Forma e stile</b>	il testo è scritto in ordine logico e chiaro; è presente l'utilizzo di un linguaggio scientifico e il tono del lavoro scritto è imparziale e senza bias.

Tutti gli articoli selezionati sono composti da un titolo comprensibile e correlato ai contenuti degli studi, così come la forma e lo stile che risultano essere riportate in ordine chiaro e logico. Lo stesso discorso vale per il problema, in cui risulta la domanda di ricerca in maniera chiara e la presenza di ipotesi esaustive, così come posto da parte degli le motivazioni, i limiti dello studio stesso e la significatività del problema.

Le discussioni degli articoli sono espone in tutti gli articoli in maniera comprensibile, così come anche gli eventuali limiti metodologici. Vi è inoltre, un confronto tra i risultati ottenuti e le basi scientifiche utilizzate per la redazione degli articoli accompagnati da delle raccomandazioni o implicazioni per gli studi futuri.

Si può notare che tre dei sette articoli raggiungono il punteggio massimo della valutazione della checklist di Duffy (2011).

Due articoli invece non raggiungono il massimo della valutazione poiché sotto il criterio del metodo, il disegno non è stato descritto in maniera chiara e di conseguenza non permette una replicazione.

Due articoli, in ultimo, oltre a non avere il disegno comprensibile e replicabile, non mostrano sufficientemente dati di ricerche precedenti in merito ai contenuti degli articoli.

Items	Ali et al., (2017)	Chadi et al., (2016)	Waldron et al., (2018)	Ahola Kohut et al., (2017)	D. Ruskin et al., (2017)	Waelde et al., (2017)	D. A. Ruskin et al., (2017)
<b>Titolo</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>Abstract</b>	1	1	1	1	1	1	0.5
<b>Problema</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>Metodo</b>	1.5	1	1	2	2	3	1.5
<b>Analisi dei dati</b>	0.5	1	1	1	1	1	1
<b>Discussione</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>Forma e stile</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>Punteggio finale</b>	7	9	9	8	8	9	7

## 5. Descrizione degli articoli selezionati

Per la redazione della revisione della letteratura sono stati selezionati studi primari.

Uno studio scelto è la revisione sistematica condotta da Kohut et al. (2017), in cui sono stati analizzati diversi studi attuati sugli adolescenti con dolore cronico che sono stati sottoposti a delle sedute di meditazione mindfulness.

Mentre Chadi et al. (2016), Waelde et al. (2017) e Ruskin et al. (2017) hanno condotto tre differenti RCT, con lo scopo di verificare la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia di sottoporre degli adolescenti con dolore cronico a delle sedute di mindfulness per un periodo di tempo limitato.

Ather et al. (2017) hanno invece condotto uno studio di coorte osservazionale con l'obiettivo di verificare la fattibilità di sottoporre ad un programma di riduzione dello stress basato sulla mindfulness (MBSR) adolescenti con dolore cronico diffuso e altri sintomi somatici.

Uno studio trasversale osservazionale condotto da Waldron et al. (2018) in cui l'obiettivo principale è capire la possibile efficacia della mindfulness disposizionale per adolescenti con disagio psicologico dovuto al dolore cronico negli adolescenti.

Infine, un'analisi descrittiva qualitativa guidata da Ruskin et al (2017), in cui hanno analizzato i feedback da parte dei partecipanti sottoposti a delle sedute di mindfulness della durata di otto settimane, più precisamente in relazione ai contenuti del programma.

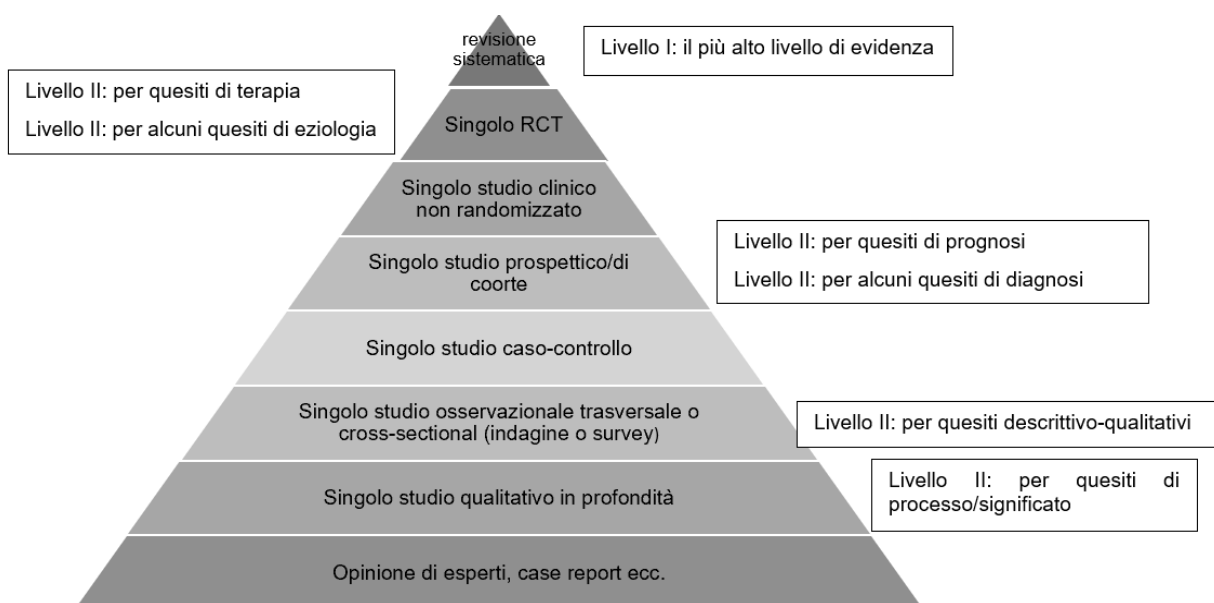


Figura 1. Gerarchia delle evidenze: i livelli di evidenza (Polit et al., 2014, p. 26)

## 6. Analisi degli articoli

Per rispondere al meglio al quesito di ricerca, si è deciso di suddividere in due parti i risultati degli articoli selezionati. La prima parte riporta l'efficacia, la fattibilità e l'accettabilità di interventi basati sulla mindfulness per gli adolescenti con dolore cronico. La seconda parte invece, riguarda il vissuto personale dei soggetti che sono stati sottoposti a sedute di mindfulness con i rispettivi feedback in merito.

### 6.1. Efficacia, fattibilità e accettabilità della mindfulness per gli adolescenti con dolore cronico

Gli interventi di meditazione mindfulness risultano essere fattibili, in quanto il 90,5% degli intervistati ha completato le sedute previste (Ruskin et al., 2017). Lo studio di coorte osservazionale di Ali et al. (2017) mostra che la maggior parte (83%) dei campioni analizzati ha portato a termine le sedute di mindfulness.

La meditazione mindfulness è un intervento fattibile e sicuro da associare a dei miglioramenti clinicamente e statisticamente significativi nel dolore e nella sua gestione (Ali et al., 2017). Lo studio di Chadi et al. (2016) dimostra la fattibilità degli interventi di mindfulness attraverso i cinque criteri di fattibilità, accettabilità e validità, ovvero un buon tasso di reclutamento, un 30% di tasso di abbandono, almeno il 70% dei partecipanti che soddisfano i criteri di conformità, un completo monitoraggio delle conseguenze e almeno il 70% delle schede compilate durante le sessioni di mindfulness. Inoltre, grazie anche al monitoraggio dei dati di follow-up, in cui c'è stato un buon completamento dei risultati (100%) all'inizio del percorso, (95%) alla fine delle sedute e (81%) dopo tre mesi dall'ultima seduta, si può sostenere la fattibilità degli interventi (Ruskin et al., 2017). Gli approcci di mindfulness partono dalla premessa che il dolore, lo stress o il pensiero negativo sono, sotto alcuni aspetti, incontrollabili (Waldron et al., 2018). Per questo motivo non per forza queste incontrollabilità sono delle barriere per la gestione della sintomatologia, anzi, a maggior ragione le sedute di mindfulness possono offrire un approccio particolarmente promettente e rilevante per i giovani con condizioni croniche impegnative (Waldron et al., 2018). I giovani che hanno avuto la possibilità di fare l'esperienza di mindfulness hanno sviluppato minor giudizio al loro dolore e maggior consapevolezza, manifestando esplicitamente di convivere in maniera più serena con il dolore (Waldron et al., 2018). I risultati degli studi analizzati da Waldron et al. (2018) dimostrano che la mindfulness è associata a buona salute mentale negli adolescenti in generale e anche a chi soffre di dolore cronico. L'uso delle strategie di mindfulness ha permesso una maggior accettazione della situazione dolorosa (Ruskin et al., 2017). Inizialmente, le pratiche guidate erano preferite alle altre, forse anche perché erano le prime sedute, con il passare del tempo i partecipanti hanno preferito la meditazione non guidata oppure la ripetizione di parole chiave rispetto alla pratica con registrazioni audio (Waelde et al., 2017).

Inoltre, gli adolescenti hanno anche migliorato la propria consapevolezza e immagine corporea (Ruskin et al., 2017). Sono stati osservati dei cambiamenti significativi anche nel riconoscere che le strategie di evitamento e di controllo risultano spesso inutili per la gestione del dolore (Ruskin et al., 2017). Oppure un miglioramento nella partecipazione alle attività della vita quotidiana, malgrado fosse presente il dolore (Ruskin et al. 2017). Anche la revisione sistematica di Kohut et al. (2017) dimostra che nei vari studi analizzati, c'è un certo successo nella fattibilità delle sedute così come nel migliorare i risultati emotivi come l'ansia. Proprio in merito alla fattibilità, fa notare che i risultati dimostrano

che una volta impegnati a frequentare le sedute di mindfulness, gli adolescenti frequentano più del 50% delle sedute (Kohut et al., 2017). Anche se non è ancora chiaro se sono necessarie una quantità specifica di sedute per iniziare a vedere i benefici, uno studio ha rilevato che il numero di sessioni non ha moderato i risultati di interventi inerenti alla meditazione consapevole (Kohut et al., 2017). Lo studio condotto da Ruskin et al. (2017) invece, dimostra che ci sono stati dei miglioramenti delle componenti di percezione delle strategie di evitamento o nell'accettazione del dolore, soprattutto dopo aver concluso il periodo delle sedute di mindfulness.

Un ulteriore aspetto che considera l'efficacia delle sedute di mindfulness deriva dallo studio di Ali et al. (2017) in cui specifica che la meditazione mindfulness può ridurre i livelli circolanti di interleuchina, ovvero un marcatore di infiammazione sistemica. Inoltre, lo studio di Chadi et al. (2016), evidenzia l'importanza dello svolgimento delle sedute di mindfulness la sera, poiché si è notato che per gli adolescenti ci sono dei cambiamenti significativi, seppur di breve durata, nel loro livello di cortisolo che risulta essere diminuito.

## **6.2. Feedback degli adolescenti sottoposti a sedute di mindfulness**

I partecipanti hanno trovato soddisfacenti alcuni aspetti degli interventi a cui sono stati sottoposti; tra questi c'è la mindfulness e la modalità di percorso effettuata in gruppo (D. Ruskin et al., 2017). Tutti gli adolescenti che hanno partecipato al corso hanno riferito che proporrebbero le sedute ad un amico (D. Ruskin et al., 2017). Circa la metà degli adolescenti contattati per lo studio hanno suggerito di essere aperti e disposti a provare questo intervento (D. A. Ruskin et al., 2017). Inoltre, coerentemente ai dati emersi dalle varie ricerche, gli intervistati riferiscono una buona acquisizione delle competenze come l'accettazione del dolore, la regolazione delle emozioni e la consapevolezza del momento presente (D. Ruskin et al., 2017). Un ulteriore apprezzamento è dato dal fatto che hanno potuto confrontarsi con coetanei e questo aspetto ha permesso loro di sentirsi meno "soli" (D. Ruskin et al., 2017). I soggetti hanno espresso sentimenti positivi circa le dinamiche del gruppo che si sono create e il crescente senso di coesione e familiarità con il programma (Ali et al., 2017). Inoltre, hanno riferito di aver incorporato le pratiche di mindfulness nella loro vita quotidiana, che è risultata essere conveniente e pratica al di fuori delle sedute formali che erano sottoposti a seguire (Ali et al., 2017). Anche i genitori dei ragazzi che hanno partecipato ai gruppi di terapia hanno potuto sperimentare le terapie psicologiche, così da permettere loro di imparare e incorporare alcuni aspetti della mindfulness nella loro vita (Ali et al., 2017). Gli stessi hanno riferito che la partecipazione settimanale è servita come riduzione dello stress, visto che si supportavano con altri genitori di adolescenti che soffrono di sintomi cronici (Ali et al., 2017). Hanno dimostrato inoltre, una ridotta preoccupazione per il dolore cronico dei figli, e questo può essere dovuto al fatto che i figli hanno trasmesso maggior fiducia delle proprie capacità e implementato le abilità di autogestione portando ad una diminuzione della preoccupazione dei figli (Waelde et al., 2017).

Oltre ai benefici, sono emersi suggerimenti importanti, come lo stabilire delle chiare aspettative iniziali, in modo da non illudersi che la mindfulness possa cambiare il dolore ma bensì possa aiutare a convivere (D. Ruskin et al., 2017). Un secondo suggerimento importante è dato dal fatto che sono state richieste delle sedute extra, in modo che ogni partecipante possa impegnarsi nella pratica e capire gli obiettivi della mindfulness in cui ognuno necessita del proprio tempo (D. Ruskin et al., 2017). La maggior parte dei partecipanti ha riferito di essere soddisfatta dell'intervento e ha espresso il desiderio di



ulteriori sessioni dopo il completamento delle sei sessioni settimanali (Waelde et al., 2017) Anche prima di chiedere ai partecipanti la condivisione delle loro esperienze, spesso c'erano delle situazioni in cui i ragazzi richiedevano la possibilità di condividere le loro condizioni di salute con gli altri partecipanti (D. Ruskin et al., 2017). Oltre al fatto di beneficiare dell'apprendimento delle storie dei compagni, l'atto di raccontare la propria storia può conferire un beneficio terapeutico (D. Ruskin et al., 2017). È anche corretto però affermare che bisogna trovare un giusto equilibrio tra l'insegnamento dei concetti di mindfulness, come gli esercizi esperienziali e le pratiche meditative, e la condivisione sociale delle esperienze con gli altri membri del gruppo (D. Ruskin et al., 2017). Un partecipante ha riferito che il suo dolore inizialmente era aumentato quando ha portato la consapevolezza sul suo respiro e sul suo corpo, in un secondo momento poi, è stato in grado di mettere in pratica una riduzione dello stress e dell'ansia legati al dolore che a sua volta ha portato alla riduzione della percezione del dolore (Waelde et al., 2017).

## **7. Discussione della revisione**

### **7.1. Discussione dei dati**

Le sedute di mindfulness sono fattibili e accettabili negli adolescenti con sindromi somatiche funzionali e dispone di prove di miglioramento nella disabilità funzionale, nell'impatto dei sintomi e nell'ansia (Ali et al., 2017). È un approccio terapeutico con buone promesse per gli adolescenti con dolore cronico, infatti lo studio effettuato da Chadi et al. (2016) dimostra la fattibilità degli interventi di mindfulness nelle ragazze.

Tutti gli studi ritenuti validi nella ricerca di Kohut et al. (2017) hanno espresso un'efficacia negli interventi di mindfulness per gli adolescenti. Anche la mindfulness disposizionale può essere un costrutto importante da considerare nel contesto degli adolescenti che soffrono di problematiche legate al dolore cronico (Waldron et al., 2018). La buona partecipazione ha permesso agli adolescenti di migliorare alcuni aspetti come l'accettazione del dolore e la consapevolezza del proprio corpo (D.A. Ruskin et al., 2017). Anche tutti i feedback ricevuti vanno ad indicare che le sedute di mindfulness possono essere la base su cui approfondire ulteriormente questa tecnica correlata alla tipologia di pazienti (D. Ruskin et al., 2017). Un programma di sedute di mindfulness può sicuramente aiutare gli adolescenti con dolore cronico in quanto trattamento non farmacologico (Waelde et al., 2017). Bisogna però tenere in considerazione che è necessario sviluppare sempre più gli interventi di mindfulness e mantenere un buon ritmo di allenamento così da poter affrontare meglio la gestione del dolore (Waelde et al., 2017).

Lo studio condotto da Ali et al. (2017) afferma che il risultato migliore si può osservare negli adolescenti che praticano la mindfulness anche a casa o nel tempo libero. Gli autori mostrano che sia i soggetti che i loro genitori hanno riferito beneficio in seguito alle sedute. Anche lo studio di A. Ruskin et al. (2017) fa emergere la soddisfazione da parte dei partecipanti in seguito alle sedute effettuate sia all'inizio che dopo tre mesi, e descrive dei miglioramenti nell'accettazione del dolore, della consapevolezza del proprio corpo e nella capacità di fronteggiare lo stress.

L'analisi di Ruskin et al. (2017) mette in risalto la descrizione del gruppo di lavoro che ha portato ad un ambiente di supporto in cui tutti si sono sentiti a proprio agio e in grado di esprimere i propri sentimenti, gli uni con gli altri.

L'articolo di Chadi et al. (2016) dimostra che le ragazze sottoposte allo studio hanno subito un cambiamento nell'affrontare il dolore, mentre non ci sono stati dei cambiamenti significativi nella qualità della vita, nella depressione, nell'ansia, nel disagio psicologico e

nella percezione del dolore. Lo studio effettuato da Waldron et al. (2018) invece, dimostra che negli adolescenti ci sono stati dei cambiamenti associati all'umore e all'ansia, ma non agli altri strumenti di valutazione come la consapevolezza, il dolore, il distress ecc. Lo stesso, viene riportato dall'articolo di Waelde et al. (2017) in cui i partecipanti non hanno indicato cambiamenti significativi nel dolore o nella depressione, ma bensì ci sono stati dei miglioramenti nella frequenza del dolore e nella disabilità.

## **7.2. Limiti degli studi**

La mindfulness è una pratica che sta iniziando a ricevere più attenzioni solo negli ultimi anni, soprattutto per quanto riguarda il mondo adolescenziale, per questo motivo c'è una scarsa reperibilità di articoli e studi in merito agli argomenti presenti nel background.

Inizialmente l'intenzione era quella di impostare il lavoro di ricerca sulla mindfulness per i bambini con dolore cronico. Tramite una prima analisi della documentazione disponibile, è emerso che non vi erano articoli in merito. Per questo motivo si è deciso di modificare la tipologia di pazienti trattando gli adolescenti.

L'efficacia della mindfulness, quindi, risulta essere difficile da determinare data la mancanza di RCT su larga scala così come la variabilità tra i risultati misurati (Kohut et al., 2017). Le piccole dimensioni del campione del gruppo del dolore cronico dello studio di Waldron et al. (2018) è un limite poiché va ad evidenziare le diverse dimensioni di campione dei due gruppi. Inoltre, l'assenza di dati sulla frequenza del dolore e della durata degli episodi sono un altro limite alla ricerca (Waldron et al., 2018).

Lo studio di Chadi et al. (2016) fa notare che non era sufficiente lo studio effettuato per valutare dei possibili cambiamenti nei risultati della salute mentale, quindi trarre delle conclusioni risultava essere prematuro. Inoltre, lo studio risulta troppo piccolo e potrebbe aver mascherato i potenziali benefici a breve termine degli interventi (Chadi et al., 2016). Per questo motivo uno studio più grande potrebbe tenere in considerazione i cambiamenti dell'umore stagionali, il periodo dell'anno scolastico, i fattori individuali come farmaci, interventi chirurgici, ricoveri o altri fattori di stress psicosociale (Chadi et al., 2016). Non vi è la presenza di un monitoraggio a lungo termine post sessioni di mindfulness, l'ultima valutazione è stata fatta dieci settimane dopo l'ultima seduta (Chadi et al., 2016). Anche se lo studio era aperto a tutti, sono state arruolate solo le ragazze; questo ha portato ad una limitazione della validità esterna, le condizioni di dolore erano altamente eterogenee e inoltre questo può provocare una limitazione nelle conclusioni e nella riproducibilità dello studio (Chadi et al., 2016).

L'articolo di Ali et al. (2017) evidenzia dei limiti in merito alla piccola dimensione del campione e ad una mancanza di un gruppo di confronto. Inoltre, descrive che i soggetti erano per lo più bianchi e di classe media, il che ha portato a limitare la partecipazione a coloro che avevano il sostegno e i mezzi per frequentare le otto sessioni settimanali spesso tenute ad una distanza considerevole da casa (Ali et al., 2017).

### **7.3. Rilevanza nella pratica clinica, ruolo infermieristico e implicazioni future.**

Il profilo delle competenze dell'infermiere SUP (2011), è composto da sette ruoli principali: il ruolo di esperto in cure infermieristiche, di comunicatore, di membro di un gruppo di lavoro, di manager, di promotore della salute, di apprendente e insegnante e ruolo legato all'appartenenza professionale. Per ciascun ruolo vi è un collegamento con quanto redatto nel seguente elaborato.

Nel ruolo di esperto in cure infermieristiche, vi è una competenza specifica che va a precisare la responsabilità dell'infermiere in merito alle cure infermieristiche, in individui o gruppi in ogni fase di età. Quindi tra le competenze rientra quella di curare i pazienti di ogni età, compresi gli adolescenti. Inoltre, specifica che l'offerta delle cure include misure preventive, terapeutiche e palliative, e per questo motivo l'infermiere deve attuare strategie di prevenzione e trattamenti di situazioni frequenti come quella del dolore cronico negli adolescenti.

Il ruolo di comunicatore comporta invece l'instaurazione di relazioni professionali e di fiducia con il paziente e adattano la comunicazione ad ogni situazione. L'infermiere, quindi, deve saper adattare la comunicazione esprimendosi in maniera chiara e semplice con gli adolescenti tenendo in considerazione il loro sviluppo cognitivo, e comunicando anche con i genitori dei ragazzi che spesso accompagnano gli adolescenti in queste situazioni. Sarà fondamentale tenere in considerazione la fase di crescita che sta affrontando l'adolescente, sia a livello psichico che fisico, e quindi a maggior ragione sarà necessario apportare delle accortezze.

Proprio in merito alla presenza dei genitori dei ragazzi, il ruolo di membro di un gruppo di lavoro definisce la competenza dell'infermiere nel mettere a disposizione le proprie competenze professionali agli attori del sistema sanitario, dei pazienti e dei loro familiari. Quindi la collaborazione con i familiari dei pazienti risulta essere importante poiché come emerso dagli studi, la partecipazione dei genitori alle sedute di mindfulness dei figli ha portato a minor preoccupazione agli stessi.

Nel ruolo di promotore della salute emerge la competenza che gli infermieri devono fare in modo che i pazienti e le loro persone di riferimento possano utilizzare con un approccio differenziato e individuale i mezzi disponibili per prevenire ed affrontare la malattia nonché per mantenere il più alto livello possibile di qualità di vita. Proprio per questa competenza, gli interventi di mindfulness mirano ad un miglioramento della qualità di vita, e sarà dunque necessario individuare la strategia adatta agli adolescenti e alla loro situazione.

Il compito di questo lavoro di bachelor consiste nell'analizzare gli articoli presenti in merito all'argomento scelto, ovvero la mindfulness per gli adolescenti con dolore cronico. Per questo motivo emerge il ruolo di apprendente e insegnante, poiché oltre all'analisi degli studi c'è la necessità di valutarne l'efficacia per poi poterla attuare anche in futuro. Questo aspetto fa riferimento alla competenza degli infermieri che identificano le problematiche rilevanti per la pratica professionale, le segnalano alle persone competenti con lo scopo di inserirle e analizzarle in progetti di ricerca e di sviluppo. Questi studi di ricerca, dunque, permettono una maggior consapevolezza della problematica inerente al dolore cronico negli adolescenti e alla terapia non farmacologica da poter attuare.

Il ruolo legato all'appartenenza professionale, infine, comprende la competenza in cui gli infermieri pongono una continua valutazione e riflessione alla pratica professionale, così

da contribuire alla salute e alla qualità di vita individuale e collettiva. L'infermiere deve quindi avere una capacità critica sul proprio operato, così da apportare dei miglioramenti continui puntando l'attenzione sulla mindfulness come tecnica da poter utilizzare nel caso in cui dovesse prendersi cura di adolescenti con dolore cronico.

In termini di ricerca futura, studi longitudinali composti da campioni di dolore cronico più grandi saranno necessari per esplorare ulteriormente il ruolo giocato dalla mindfulness dispositiva nell'esperienza adolescenziale del dolore cronico (Waldron et al., 2018). La ricerca dovrà anche chiarire i meccanismi alla base delle relazioni osservate tra mindfulness dispositiva, disagio psicologico e funzionamento sociale (Waldron et al., 2018).

Un suggerimento da parte dello studio di D.A. Ruskin et al. (2017) è quello di creare un equilibrio tra l'insegnamento dei concetti di mindfulness, degli esercizi e della pratica con la connessione sociale, ovvero la condivisione delle proprie esperienze.

Dall'articolo redatto da Kohut et al. (2017) è emerso che l'accesso e l'accettabilità alle sedute di mindfulness possono avere una presenza limitata a causa della distanza geografica tra la sede e la casa dei ragazzi oppure perché vi erano degli orari ben determinati e talvolta impossibili da frequentare. Per questa ragione quindi un suggerimento consiste nell'implementare le sedute online oppure nell'organizzare degli orari più accessibili (Kohut et al., 2017). Fornire le istruzioni inerenti alla mindfulness può essere un'idea che porta ad un miglioramento dell'accettabilità di questa pratica, specialmente per gli adolescenti per i quali la terapia di gruppo può risultare opprimente (Kohut et al., 2017).

## 8. Conclusioni e considerazioni personali

Dagli articoli selezionati, talvolta, emergono dei risultati contrastanti, a volte si legge che le tecniche di meditazione mindfulness portano benefici agli adolescenti, mentre in altri risultano non esserci dei cambiamenti significativi.

In conclusione, si può affermare che la letteratura presente inerente agli interventi di mindfulness è di natura preliminare per quanto riguarda l'adattamento e la fattibilità per gli adolescenti (Kohut et al., 2017). Anche se secondo alcuni autori, le sedute di mindfulness sono fattibili e accettabili negli adolescenti con dolore cronico (Ather et al., 2017; Chadi et al., 2017; D.A. Ruskin et al., 2017). È necessario però effettuare ulteriori studi, soprattutto integrando campioni di valutazione più grandi oppure integrando gruppi di adolescenti eterogenei (Chadi et al., 2016). Anche Waldron et al. (2017) sostengono che dovrebbero essere analizzati dei campioni più ampi, così da permettere di esplorare il potere predittivo della consapevolezza.

Sottolineo un aspetto già riportato in precedenza, ossia quello della mindfulness che sta prendendo sempre più piede negli ultimi anni. Inizialmente il dolore degli adolescenti non veniva preso in considerazione oppure veniva curato semplicemente con la farmacoterapia. Personalmente ritengo che questa pratica possa portare a dei benefici sotto questo aspetto, come anche per problematiche legate all'ansia o ad un disagio psicologico.

Proprio per il motivo per cui le ricerche in questo ambito non sono numerose, inizialmente ho trovato delle difficoltà nella formulazione del quesito di ricerca. Come già spiegato nel capitolo precedente, infatti, mi sono trovato costretto a modificare la tipologia di pazienti e passare dai bambini agli adolescenti. Questo passaggio mi ha permesso di trovare degli articoli che mi hanno dato lo spunto iniziale per redigere questo lavoro di tesi.

Devo ammettere che fin da subito ho voluto ampliare le mie conoscenze sul mondo della pediatria, principalmente sugli adolescenti. La meditazione mindfulness invece mi ha colpito durante una lezione vista nel secondo anno accademico che mi ha illustrato una pratica fino ad allora sconosciuta.

Personalmente ritengo che le terapie non farmacologiche debbano essere sempre più parte integrante degli strumenti di cura a disposizione per noi infermieri, soprattutto quando dobbiamo relazionarci ad una tipologia di pazienti che si trova nella fase adolescenziale in cui stanno vivendo un cambiamento fisico e psichico.

## **9. Limiti e difficoltà personali**

Personalmente ho sempre pensato che redigere il lavoro di tesi comportasse un numeroso dispendio di energie e, infatti, posso affermare che non è stato semplice. Durante il percorso di elaborazione del lavoro di bachelor, mi sono più volte ritrovato in situazioni di sconforto, forse anche legate ad altri impegni relativi alla scuola o in merito al mio stage di cooperazione.

La redazione di questo lavoro mi ha messo alla prova sotto diversi aspetti, e credo sia stata una buona esercitazione per mettere in pratica tutto ciò che abbiamo appreso in classe finora. Del resto, mi rendo conto di aver acquisito maggiori conoscenze che mi permettono di applicare alla pratica la teoria studiata, oppure di approfondire maggiormente il tema scelto. Mi sono più volte trovato di fronte a delle situazioni che mi hanno permesso di applicare la mindfulness e di conseguenza ho acquisito anche maggior consapevolezza delle mie risorse e dei limiti che mi hanno permesso di crescere sia professionalmente che personalmente.

I primi dubbi sono nati già nella redazione della scheda progetto, in cui più volte ho pensato che non sarei mai riuscito a portare a termine un lavoro che comprendesse un argomento che mi piace molto. Ad oggi posso ritenermi soddisfatto della ricerca effettuata e delle risposte trovate negli articoli scientifici, tenendo sempre conto che sarà necessario eseguire maggiori studi in merito alla mindfulness correlata all'età adolescenziale.

In conclusione, ritengo sia fondamentale che ogni infermiere si documenti utilizzando gli articoli presenti nelle banche dati, così da rimanere sempre aggiornati e di poter approfondire maggiormente gli argomenti che ci riguardano.

## 10. Ringraziamenti

Innanzitutto, vorrei rivolgere un sentito ringraziamento alla mia direttrice di tesi Nathalie Rossi, che con la sua enorme pazienza, gentilezza ed empatia mi ha saputo accompagnare, sopportare e supportare durante questo cammino, ed esprimo una mia sincera gratitudine per i consigli che mi ha dato e per tutte le occasioni in cui mi ha dimostrato disponibilità e conforto per andare avanti.

Colgo l'occasione per ringraziare anche tutto il corpo docenti e direzione, che mi hanno accompagnato durante questi tre anni di studi e mi hanno permesso di fare una grande crescita personale e professionale.

Ringrazio con affetto mamma e papà che mi hanno dato la possibilità di intraprendere gli studi e di portarli a termine, nonché di sostenermi continuamente e di non farmi mancare mai nulla. Ringrazio anche mio fratello che nei suoi modi mi ha sempre dimostrato affetto.

Ringrazio inoltre Clara, che mi è sempre stata accanto nei momenti difficili, e che mi ha accompagnato durante questo percorso accademico.

Ringrazio anche i miei compagni e mie compagne di classe che si sono rivelati dei veri amici, con i quali ho potuto condividere le esperienze dell'università, sia piacevoli che spiacevoli, ma che siamo riusciti a superare tutti insieme, divertendoci anche molto.

Giunto al termine di questa esperienza mi rendo conto che si apre una nuova porta e mi permetterà di fare il lavoro che amo e sono consapevole che dovrò mettercela tutta per imparare sempre di più e poter prendermi cura delle persone nel migliore dei modi.

## 11. Bibliografia

- Ahola Kohut, S., Stinson, J., Davies-Chalmers, C., Ruskin, D., & van Wyk, M. (2017). Mindfulness-Based Interventions in Clinical Samples of Adolescents with Chronic Illness: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(8), 581–589. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0316>
- Ali, A., Weiss, T. R., Dutton, A., McKee, D., Jones, K. D., Kashikar-Zuck, S., Silverman, W. K., & Shapiro, E. D. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction for Adolescents with Functional Somatic Syndromes: A Pilot Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 183, 184–190. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.12.053>
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. *AJN The American Journal of Nursing*, 114, 53-58. doi: 10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c
- Badon, P., Cesaro, S. (2002). *Manuale di nursing pediatrico*. Ambrosiana.
- Beverley J. Taylor, Kermode, S., & Roberts, K. (2006). *Research in nursing and health care: evidence for practice (3rd ed.)*. South Melbourne: Cengage Learning
- Brown, M. L., Rojas, E., & Gouda, S. (2017). A Mind–Body Approach to Pediatric Pain Management. *Children*, 4(6). <https://doi.org/10.3390/children4060050>
- Cena.L., Imbasciati.A., Baldoni.F.(2010). *La relazione genitore-bambino-dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer. Milano
- Chadi, N., McMahon, A., Vadnais, M., Malboeuf-Hurtubise, C., Djemli, A., Dobkin, P. L., Lacroix, J., Luu, T. M., & Haley, N. (2016). Mindfulness-based Intervention for Female Adolescents with Chronic Pain: A Pilot Randomized Trial. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(3), 159–168.
- Chiari, P., Mosci, D., Naldi, E., & Centro studi EBN. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia: guida operativa per l'Evidence-Based Nursing*. Milano: McGraw-Hill.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 17, 38-43. doi: 10.12968/bjon.2008.17.1.28059
- Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: FrancoAngeli.
- Fain, James A. 2004. *La ricerca infermieristica*. 2° Edizione. Milano: McGraw-Hill.
- Fegran, L., Johannessen, B., Ludvigsen, M.S., Westergren, T., Hoie, M., Slettebo, A., Helseth, S., Haraldstad, K., (2029). Experiences of a non-clinical set of adolescents and young adults living with persistent pain: a qualitative metasynthesis. *BMJ Open* 2021; 11 e043776. <https://doi.10.1136/bmjopen-2020-043776>
- Franca Benini, P. P. (2010). *Il dolore nel bambino - strumenti pediatrici di valutazione e terapia*. Recuperato da [tp://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1256\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf)
- Gray, J., Grove, S., Sutherland, S. (2017). *The practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (8th ed.)*. St.Louis, Missouri: Elsevier
- Graziani, A.R., Palmonari, A. (2014). *Adolescenti e morale*. Bologna: Il Mulino.



- Haraldstad, K., Sørum, R., Eide, H., Natvig, G. K., & Helseth, S. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 27–36. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00785.x
- Holmström, I. K., Bastholm-Rahmner, P., Bernsten, C., Röing, M., & Björkman, I. (2014). Swedish teenagers and over-the-counter analgesics – Responsible, casual or careless use. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 408–418. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.06.004>
- Hunfeld, J. A. M. (2001). Chronic Pain and Its Impact on Quality of Life in Adolescents and Their Families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 145–153.
- Ivani, Giorgio. 2000. *Terapia del dolore nel bambino*. Firenze: Società Editrice Europea
- James, A.F., & Vallone, E. (2004). *La ricerca infermieristica: Leggerla, comprenderla e applicarla* (2a ed.). Milano: McGraw-Hill.
- Kabat-Zinn, Jon. (2013). 2<sup>a</sup> ed. Tr. It. *Vivere momento per momento* (Nuova edizione). Corbaccio 2016
- Kabat-Zinn, J. (2019). *Vivere momento per momento—Scongiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la mindfulness*. Mauri Spagnol.
- LoBiondo-Wood, G., e J. Haber. 2004. *Metodologia della ricerca infermieristica*. 5° ed. a cura di Alivsa Palese. Milano: The McGraw-Hill Companies.
- Mercadante, S. 2005. *Il dolore valutazione, diagnosi e trattamento*. Milano: Masson.
- Palmonari A. (1994) in Bonino S. (a cura di) *Dizionario di Psicologia dello sviluppo*
- Palmonari, A. (a cura di) (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino
- Penman, D., & Burch, V. (2019). *Mindfulness per guarire*. Mondadori.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D., Beck, C. T., & Palese, A. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica* (1a ed. italiana sulla 8a ed. americana). Milano: McGraw-Hill
- Ruskin, D. A., Gagnon, M. M., Kohut, S. A., Stinson, J. N., & Walker, K. S. (2017). A Mindfulness Program Adapted for Adolescents With Chronic Pain: Feasibility, Acceptability, and Initial Outcomes. *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 1019–1029. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000490>
- Ruskin, D., Harris, L., Stinson, J., Ahola Kohut, S., Walker, K., & McCarthy, E. (2017). “I Learned to Let Go of My Pain”. The Effects of Mindfulness Meditation on Adolescents with Chronic Pain: An Analysis of Participants' Treatment Experience. *Children*, 4(12), 110. <https://doi.org/10.3390/children4120110>
- Saccu C. (2000) *L'adolescenza: rischio psicopatologico e psicosociale*. Seminario, Istituto di Neuropsichiatria Infantile, Roma, 30 settembre
- Saiani, L. & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura*. Università degli Studi di Verona, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Area Formazione Professioni

Sanitarie. Disponibile da:

<https://medtriennialiao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf>

Sala, V., L. Moja, I. Moschetti, S. Bidoli, V. Pistotti, A. Liberati. 2006. Revisioni sistematiche - breve guida all'uso. Centro Cochrane Italiano.

Skarstein, S., Bergem, A. K., & Helseth, S. (2020). How do mothers of adolescents with chronic pain experience their own quality of life? *BMC Psychology*, 8(1)

Waelde, L., Feinstein, A., Bhandari, R., Griffin, A., Yoon, I., & Golianu, B. (2017). *A Pilot Study of Mindfulness Meditation for Pediatric Chronic Pain*. *Children*, 4(5), 32.

Waldron, S. M., Gauntlett-Gilbert, J., Marks, E., Loades, M. E., Jacobs, K. (2018). Dispositional Mindfulness and Its Relationship With Distress and Functioning in Adolescents With Chronic Pain and Low-Level Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 43, Issue 9, October 2018, Pages 1038–1046, <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy036>

Watts, K. (2020). Hot to Conduct a Literature Review. *Pediatrics Review*, 77 (1), pp. 14-15.

## 12. Allegati

### 12.1. Tabella descrittiva della ricerca sulle banche dati

13. Banche dati	Parole chiave	Risultati ottenuti	Risultati esclusi	Risultati selezionati
<b>Chinal (EBSCO)</b>	(MBSR) AND chronic pain AND adolescents	24	24	0
<b>Pubmed</b>	(mindfulness) AND chronic pain AND adolescents	23	17	6
<b>Cochrane</b>	(mindfulness) AND chronic pain AND adolescents	26	22	4
<b>Totale</b>		73	63	10

### 13.1. Tabelle riassuntive degli studi analizzati

<b>Titolo</b>	Mindfulness-Based Stress Reduction for Adolescents with Functional Somatic Syndromes: A pilot Cohort Study
<b>Autore e anno</b>	Ather Ali, Theresa R. Weiss, Anne Dutton, Douglas McKee, Kim D. Jones, Susmita Kashikar-Zuck, Wendy K. Silverman, Eugene D. Shapiro (2017).
<b>Tipologia di articolo</b>	Studio di coorte osservazionale
<b>Contenuti</b>	<p><b>Scopo</b>→ Valutare la fattibilità di sottoporre, ad un programma di riduzione dello stress basato sulla Mindfulness (MBSR), adolescenti con dolore cronico diffuso e altri sintomi somatici.</p> <p><b>Metodologia</b>→ tre coorti di soggetti con età tra i 12 e i 18 anni sono stati sottoposti ad un programma MBSR di otto settimane. Sono stati raccolti i dati all'inizio del programma, dopo otto settimane e dopo dodici settimane trascorse. I dati raccolti comprendevano la Functional Disability Inventory (FDI), Fibromyalgia/Symptom Impact Questionnaire (FIQR/SIQR), il Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) e le scale per l'ansia e lo stress (MASC2/PSS) Adolescenti con sindromatologie ipo-disabilità funzionali, fibromialgia, dolori muscolari, cefalea, dolori addominali, sindrome da colon irritabile, con durata maggiore di tre mesi con fattori invalidanti come l'assenza a scuola. Gli adolescenti sono stati sottoposti a delle sedute di un'ora e mezza alla settimana in gruppo e a delle attività giornaliere della durata di 15-25 minuti. Sono stati incoraggiati anche i genitori degli stessi a partecipare a un gruppo di genitori concomitante per incoraggiare la familiarità con il MBSR ed essere istruiti a non incoraggiare o praticare la mindfulness con i loro figli.</p> <p><b>Risultati</b>→ dei 18 soggetti, in 15 hanno completato il programma di otto settimane (83%). Rispetto alla raccolta dei dati iniziale sono stati rilevati cambiamenti significativi. Un risultato migliore lo si può osservare nel chi spende più tempo a casa a fare pratica. I soggetti e i rispettivi genitori hanno riferito beneficio in seguito alle sedute di MBSR.</p> <p><b>Conclusioni</b>→ le sedute di mindfulness sono fattibili e accettabili negli adolescenti con sindromi somatiche funzionali e dispone di prove di miglioramento nella disabilità funzionale, dell'impatto dei sintomi e dell'ansia.</p>
<b>Score e limiti</b>	<p>I limiti dello studio sono la piccola dimensione del campione e l'assenza di un campione di confronto. Inoltre, sono sottoposti alla ricerca adolescenti di etnia caucasica e di classe media, questo ha limitato altri partecipanti che non hanno potuto permettersi di pagare il corso.</p> <p>Score: 7</p>

<b>Titolo</b>	Mindfulness-Based Intervention for Female Adolescents with Chronic Pain: A Pilot Randomized Trial
<b>Autore e anno</b>	Nicholas Chadi, Audrey McMahon, Majorie Vadnais, Catherine Malboeuf-Hurtubise, Anissa Djemli, Patricia L Dobkin, Jacque Lacroix, Thuy Mai Luu, Nancy Haley (2016)
<b>Tipologia di articolo</b>	RCT
<b>Contenuti</b>	<p><b>Scopo</b>→ valutare l'efficacia di un intervento adattato basato sulla mindfulness in adolescenti donne con dolore cronico</p> <p><b>Metodologia</b>→ sono state sottoposte a questo studio delle adolescenti donne con una storia di dolore cronico di almeno tre mesi. Le partecipanti sono state assegnate in modo casuale al gruppo sperimentale oppure al gruppo di controllo che successivamente ha ricevuto gli interventi di mindfulness. Sono stati stabiliti dei criteri determinanti per valutare la fattibilità, l'accettabilità e la validità del modello di studio. Durante i quattro mesi di studio sono stati raccolti dati relativi la depressione, l'ansia, la percezione del dolore, il disagio psicologico e il cortisolo salivare.</p> <p><b>Risultati</b>→ 19 ragazze hanno portato a termine lo studio, tutte comprendono un'età tra i 13 e i 18 anni. Il 17% ha abbandonato durante il percorso. La partecipazione alle sessioni di mindfulness è stata del 84% mentre la conformità al protocollo dello studio del 100%. C'è stato un cambiamento nell'affrontare il dolore da parte di tutte le ragazze. Non sono stati rilevati cambiamenti invece, nella qualità della vita, nella depressione, nell'ansia, nella percezione del dolore e nel disagio psicologico. Ci sono state riduzioni significative nei livelli di cortisolo.</p> <p><b>Conclusioni</b>→ la Mindfulness è un approccio terapeutico con buone promesse per gli adolescenti con dolore cronico. Questo studio indica la fattibilità degli interventi di Mindfulness sulle ragazze con dolore cronico. Sarà necessario studiare questi interventi in un gruppo più ampio comprendendo sia ragazze che ragazzi.</p>
<b>Score e limiti</b>	I limiti della ricerca sono in merito al piccolo numero del campione di intervistati, inoltre è stato effettuato unicamente sulle ragazze senza tenere in considerazione soggetti di sesso maschile. Non sono state tenute in considerazione i cambiamenti a lungo termine. Score: 9

<b>Titolo</b>	Dispositional Mindfulness and Its Relationship With Distress and Functioning in Adolescents With Chronic Pain and Low-Level Pain
<b>Autore e anno</b>	Samuel M. Waldron, PHD, DCLINPSY, Jeremy Gauntlett-Gilbert, PHD, DCLINPSY, Elizabeth Marks, DCLINPSY, Maria E. Loades, 1 DCLINPSY, and Konrad Jacobs, PHD, DCLINPSY (2018)
<b>Tipologia di articolo</b>	Studio trasversale osservazionale
<b>Contenuti</b>	<p><b>Scopo</b>→ l'obiettivo principale è quello di capire se la mindfulness disposizionale può essere efficace per adolescenti con disagio psicologico dovuto al dolore cronico e negli adolescenti "sani" con dolore di basso livello.</p> <p><b>Metodologia</b>→ sono stati studiati due gruppi di adolescenti, il primo composto da 54 adolescenti con dolore cronico che ritenevano necessario un aiuto, mentre il secondo composto da 94 adolescenti ritenuti "sani" ma con passato di dolore di basso livello. Tutti soggetti di età compresa tra 13 e 17 anni. Il 72% degli intervistati era di sesso femminile. I ragazzi sono stati sottoposti diversi strumenti di valutazione tra cui la consapevolezza disposizionale, i fattori del dolore, il distress e il funzioni fisiche, il dolore catastrofico e l'accettazione del dolore.</p> <p><b>Risultati</b>→ la mindfulness disposizionale è stata associata all'umore e all'ansia da parte di entrambi gruppi, mentre non sono state trovate delle differenze significative per gli altri strumenti di valutazione.</p> <p><b>Conclusioni</b>→ la mindfulness disposizionale può essere un costrutto importante da considerare nel contesto degli adolescenti che soffrono di problematiche legate all'umore o all'ansia, come anche problematiche di dolore di livello basso o cronico. Dovrebbero essere analizzati campioni più ampi, così da permettere di esplorare il potere predittivo della consapevolezza disposizionale.</p>
<b>Score e limiti</b>	Un limite è quello della piccola dimensione del campione analizzato degli adolescenti con dolore cronico, inoltre, vi sono le diverse dimensioni del campione tra i due gruppi, la mancanza di dati sulla frequenza del dolore e la durata degli episodi dolorosi. Score: 9

<b>Titolo</b>	A Mindfulness Program Adapted for Adolescents With Chronic Pain: Feasibility, Acceptability, and Initial Outcomes
<b>Autore e anno</b>	Danielle A. Ruskin, Michelle M. Gagnon, Sara A. Kohut, Jennifer N. Stinson, Kathryn S. Walker (2017).
<b>Tipologia di articolo</b>	RCT
<b>Contenuti</b>	<p><b>Scopo</b>→ esaminare la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia iniziale di un percorso di Mindfulness di gruppo per otto settimane adattato ad adolescenti con dolore cronico.</p> <p><b>Metodologia</b>→ su 42 pazienti selezionati in una clinica per dolore cronico, solamente 21 hanno partecipato a queste sedute di gruppo. I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: gruppo primavera (10) e gruppo autunno (11). Gli adolescenti venivano considerati idonei se avevano un'età compresa tra i 12 e i 18 anni, se disponevano di una diagnosi di dolore cronico o una condizione di dolore cronico, il 93% di sesso femminile. I soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione delle caratteristiche del dolore, dell'ansia, della depressione, della disabilità, della catastrofizzazione del dolore, del supporto sociale percepito, dopo le sedute di gruppo e per i successivi tre mesi. Inoltre, sono stati raccolti i dati di ciascuna delle otto sessioni in modo tale di permettere una valutazione dell'impatto di ciascuna sessione sulla gestione del dolore e dello stress da parte dei pazienti.</p> <p><b>Risultati</b>→ dei 21 ragazzi sottoposti alle sedute di mindfulness, il trattamento completo è stato osservato nel 90,5 % dei casi. I pazienti hanno riferito grande soddisfazione in seguito alle sedute effettuate. Durante le sedute e nei tre mesi successivi sono stati osservati dei miglioramenti nell'accettazione del dolore, nella migliore capacità di far fronte allo stress e nella migliore consapevolezza del corpo.</p> <p><b>Conclusioni</b>→ come dimostrato dai risultati, il tasso di completamento dei trattamenti del 90,5% va a dimostrare la fattibilità di questi interventi sugli adolescenti. La valutazione dell'efficacia della mindfulness anche nei tre mesi successivi alle sedute, permette di valutare l'efficacia delle sedute effettuate in più momenti. Le buone valutazioni di soddisfazione 8,29 su 10 vanno ad indicare una buona accettabilità da parte dei pazienti. Tutti i partecipanti hanno indicato che raccomanderebbero le sedute di mindfulness in gruppo ad un amico. I partecipanti hanno mostrato miglioramenti nell'accettazione del dolore dall'inizio del trattamento fino ai tre mesi dopo l'intervento. Gli adolescenti hanno anche migliorato la consapevolezza del corpo e nel far fronte allo stress nel corso dell'intervento. La catastrofizzazione del dolore è emersa come correlata all'accettazione del dolore e dovrebbe essere considerata un risultato da misurare nella futura ricerca MBI con questa popolazione.</p>
<b>Score e limiti</b>	Un limite è quello del disegno non controllato che non permette di determinare se i cambiamenti nei risultati sono dovuti agli interventi di Mindfulness oppure a degli aspetti legati all'esperienza dell'adolescenza nei trattamenti sanitari. Un altro limite è dato dal fatto che

	<p>il 93% dei soggetti era di sesso femminile, inoltre i partecipanti potevano sentirsi pressati maggiormente a rispondere positivamente alle scale di valutazione a cui sono stati sottoposti. Score: 7</p>
--	--



<b>Titolo</b>	"I Learned to Let Go of My Pain". The Effects of Mindfulness Meditation on Adolescents with Chronic Pain: An Analysis of Participants' Treatment Experience
<b>Autore e anno</b>	Danielle Ruskin, Lauren Harris, Jennifer Stinson, Sara Ahola Kohut, Kathryn Walker, Erinn McCarthy (2017)
<b>Tipologia di articolo</b>	Analisi descrittiva qualitativa
<b>Contenuti</b>	<p><b>Scopo</b>→ ottenere un feedback dei partecipanti sulla loro esperienza e su eventuali simpatie/antipatie sul contenuto e sul formato del gruppo. I partecipanti sono stati sottoposti a delle sedute di gruppo di mindfulness della durata di otto settimane.</p> <p><b>Metodologia</b>→ sono stati scelti ventuno ragazzi tra i 12 e i 18 anni con una diagnosi di dolore cronico. Rispetto alle sedute di mindfulness degli adulti, per gli adolescenti sono stati rivisti alcuni punti, tra cui: la riduzione delle aspettative nella pratica quotidiana, la riduzione della durata delle sessioni e maggiore attenzione alle attività esperienziali e multisensoriali per illustrare i concetti di consapevolezza. Il gruppo ha sostenuto il corso praticando due ore al giorno per 8 settimane.</p> <p><b>Risultati</b>→ sono stati creati due gruppi, dei ventuno partecipanti in diciannove hanno fornito i feedback compilando i questionari e in diciassette hanno partecipato al focus group. Sono stati rilevati sei temi principali: abilità di consapevolezza; ambiente di supporto; esercizi di gruppo; responsabilizzazione; aspettative del programma e logistica. I partecipanti hanno descritto il gruppo come un ambiente di supporto in cui si sono sentiti a proprio agio e in grado di poter esprimere i propri sentimenti, gli uni con l'altro.</p> <p><b>Conclusioni</b>→ I dati che descrivono le esperienze dei bambini, rivelano che le abilità di consapevolezza e la modalità di partecipazione in gruppo, sono elementi chiave per la mindfulness e hanno portato beneficio.</p>
<b>Score e limiti</b>	I feedback sono stati raccolti in una modalità generale e non a interviste individuali. Questo ha portato a maggiori risposte di gruppo e quindi una perdita dei pensieri individuali. Inoltre, il numero ridotto di partecipanti è un limite dal punto di vista numerico di raccolta dati. Score: 8

<b>Titolo</b>	Mindfulness-Based Interventions in Clinical Samples of Adolescents with Chronic Illness: A Systematic Review
<b>Autore e anno</b>	Sara Ahola Kohut, PhD, CPsych, Jennifer Stinson, RN-EC, PhD, CPNP, Cleo Davies-Chalmers, Danielle Ruskin, PhD, CPsych, and Margaret van Wyk, Hons BSc, RN (2017)
<b>Tipologia di articolo</b>	Revisione sistematica
<b>Contenuti</b>	<p><b>Scopo</b>→ gli interventi di mindfulness sono emersi come una strategia promettente per gli individui con una malattia cronica. Le ricerche fino ad oggi si sono concentrate su una popolazione adulta, questo studio mira a rivalutare sistematicamente gli interventi di mindfulness in campioni clinici pediatrici con età tra i 3 e i 18 anni. I principali campioni studiati erano principalmente adolescenti tra i 12 e i 18 anni.</p> <p><b>Metodologia</b>→ sono stati analizzati degli studi di diverse banche dati tra cui EMBASE, PsycINFO, MEDLINE, CINHALL e Web of Science. Venivano considerati idonei gli studi che comprendevano articoli pubblicati in inglese con revisione tra pari degli interventi di Mindfulness e campioni clinici di bambini e adolescenti (3-18 anni) con malattie fisiche croniche.</p> <p><b>Risultati</b>→ su un totale di 4710 articoli, solamente otto hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Tutti gli studi erano composti da piccoli campioni di pazienti e includevano adolescenti ambulatoriali concentrandosi sulla fattibilità e l'accettabilità degli interventi di mindfulness. Tutti gli studi hanno trovato un'efficacia negli interventi di mindfulness per gli adolescenti.</p> <p><b>Conclusioni</b>→ la letteratura presente inerente agli interventi di mindfulness è di natura preliminare per quanto riguarda l'adattamento e la fattibilità per gli adolescenti.</p>
<b>Score e limiti</b>	<p>I risultati della revisione vanno presi con cautela dato la piccola dimensione del campione e la mancanza di disegni di studio rigorosi. Inoltre, è prudente includere misure convalidate di disagio emotivo come ansia o depressione, visto che gli interventi di mindfulness mostrano promesse in questi domini.</p> <p>Score: 8</p>

<b>Titolo</b>	A Pilot Study of Mindfulness Meditation for Pediatric Chronic Pain
<b>Autore e anno</b>	Lynn C. Waelde, Amanda B. Feinstein, Rashmi Bhandari, Anya Griffin, Isabel A. Yoon and Brenda Golianu (2017)
<b>Tipologia di articolo</b>	RCT
<b>Contenuti</b>	<p><b>Scopo</b>→ esaminare la fattibilità, l'accettabilità e l'utilità di interventi di meditazione mindfulness per gli adolescenti con dolore cronico. in secondo luogo, lo scopo è anche di raccogliere le esperienze vissute dai giovani per permettere di capire i benefici di questa tecnica con la rispettiva categoria di popolazione.</p> <p><b>Metodologia</b>→ i soggetti sono stati sottoposti a degli interventi di meditazione mindfulness della durata di sei settimane. Sono stati selezionati venti adolescenti con età compresa tra i 13 e i 17 anni. Sono state valutati alcuni aspetti come l'intensità del dolore, la disabilità funzionale, la depressione e la preoccupazione dei genitori per il dolore dei loro figli. Questi aspetti sono stati valutati sia all'inizio del percorso che alla fine.</p> <p><b>Risultati</b>→ i risultati non hanno indicato cambiamenti significativi nel dolore o nella depressione, c'è stata però un miglioramento nella disabilità funzionale e nella frequenza del dolore. La preoccupazione dei genitori per il dolore dei propri figli è diminuita significativamente aumentando la dimensione affettiva.</p> <p><b>Conclusioni</b>→ i partecipanti hanno valutato positivamente questa esperienza, di conseguenza hanno richiesto di aumentare il numero di sessioni. La meditazione mindfulness mostra la promessa di un intervento fattibile e accettabile per gli adolescenti con dolore cronico.</p>
<b>Score e limiti</b>	Piccolo numero di campione esaminato, la preoccupazione dei genitori per il dolore dei figli è stata valutata attraverso uno strumento di valutazione che ha limitato l'interpretazione di questo costrutto. Score: 9



Questa pubblicazione, *l'efficacia della mindfulness per adolescenti con dolore cronico*, scritta da *Stefano Blanc*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.