



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 16/2016



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Prof. Balduzzi Renato	Dr.ssa Baraldi Giovanna
Prof. Bellomo Giorgio	Dr. Bertetto Oscar
Dr. Cappelletti Mauro	Dr. Casagrande Ivo
Dr. Coccia Mario	Dr.ssa Corbascio Caterina
Dr.ssa Cosimi Maria Flavia	Dr.ssa Costanzo Paola
Dr.ssa Degiovanni Daniela	Dr. D'Incalci Maurizio
Dr.ssa Falavigna Greta	Dr. Ferretti Gabriele
Dr.ssa Franzone Paola	Dr.ssa Gambarini Lorella
Dr. Gazzolo Diego	Dr. Guaschino Roberto
Dr. Ladetto Marco	Dr. Lera Riccardo
Dr. Levis Alessandro	Dr. Musante Francesco
Dr. Numico Gianmauro	Dr. Petrozzino Salvatore
Dr. Spinoglio Giuseppe	

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi
Dr.ssa Federica Grosso
Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi
telefono: +39.0131.206818
email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.
telefono: +39.0131.206819
email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer*

review). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: Mindfulness e caregiver burden

Autori: De Rosa V.;¹ Valorio P.²

Tipo: Tesi di Laurea

Keywords: caregiver, mindfulness

¹ Studente neolaureato del Corso di Laurea Magistrale in Scienze della Mente
Università degli Studi di Torino; Dipartimento di Psicologia,

² Dirigente Psicologa SS Psicologia, Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria
E-mail : pvalorio@ospedale.al.it



Introduzione

Il lavoro di seguito riportato è focalizzato sull'approfondimento teorico, circa lo sviluppo di opportunità di collegamento tra la realtà del caregiving, con le sue conseguenze emotive e relazionali, e una modalità di porsi in relazione alla propria esperienza, la mindfulness, tesa all'eliminazione delle modalità di reazione automatiche, guidate da preconcetti, da categorizzazioni e da routine, per agire risposte orientate al presente, consapevoli e non giudicanti.

Trattasi di un estratto dalla tesi di laurea Magistrale in Scienze della Mente di V. De Rosa, elaborata durante il periodo di tirocinio presso l'ASO di Alessandria (SSA di Psicologia), e avanzata in collaborazione con la Psicologa Tutor, dott.ssa P. Valorio, e il relatore, prof. G.C. Geminiani, docente ordinario di Neuropsicologia Clinica presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino.

In particolare, nel primo capitolo vi sarà una revisione della letteratura relativa ai caregiver, alle modalità relazionali e alle risposte, spesso di stress, che si instaurano durante un periodo della vita cui non raramente si accompagna un senso di sopraffazione e incertezza per il futuro.

Nel secondo capitolo, invece, si approfondiranno gli studi riguardo la mindfulness, nella sua storia, i suoi sviluppi e i progressi costanti della ricerca; si vedrà come sempre più rami della psicologia, delle scienze sociali e delle neuroscienze si avvicinino incuriositi allo studio della sua efficacia.

Infine, nel terzo capitolo, si tratterà della proposta dell'inserimento di elementi mindfulness nel percorso di sostegno psicologico ai caregiver.

Questo approccio esperienziale ha numerose potenzialità e applicazioni, e sempre di più ne vengono proposte. L'area che interessa in questo lavoro è l'approccio mindful alla realtà di vita dei caregiver familiari per persone con deficit fisici, motori o mentali che necessitano di assistenza quotidiana. Si approfondiranno pertanto i vari aspetti relativi sia all'impegno del caregiver sia all'applicabilità della mindfulness in quest'ambito.



Essere caregiver

Con il termine *caregiving familiare* si comprende la grande varietà di azioni, attività e progetti, in carico a persone che si occupano di fornire assistenza e supporto a individui della propria famiglia più o meno non autosufficienti, per un periodo di tempo circoscritto o illimitato, in base alla patologia, alla gravità della situazione o all'entità del bisogno (Degeneffe, 2001, Dumont et al. 2010).

Pearlin (1992) descrive il processo del caregiving come una carriera, per via delle richieste e delle indicazioni in costante mutamento e aggiustamento, che porta anche a una progressiva ridefinizione, da parte del caregiver, di sé e del suo ruolo, verso la persona di cui si prende cura ma più in generale anche verso la famiglia.

Di per sé, all'interno di un sistema familiare, fornire assistenza e supporto rientra nei compiti e nelle competenze relazionali dei membri (Biegel e Schulz, 1999), e anche per questo motivo non è semplice avere una definizione precisa e distinta del caregiving, nella sua complessità e rispetto ad altre modalità assistenziali (Barer e Johnson, 1990, Dumont et al., 2010).

Nel loro lavoro, Biegel e Schulz (1999) descrivono le diverse attività pratiche che rientrano nei compiti del caregiver: dirette, note come ADL – Activities of Daily Living, quali la cura personale (come l'igiene e l'abbigliamento), l'attività infermieristica (fare iniezioni, monitorare l'assunzione dei farmaci, ad esempio), la supervisione (anche via telefonica, in base alla gravità dell'outcome); o indirette, note come IADL - Instrumental Activities of Daily Living, quali la gestione degli aspetti legali o economici, il ricorso ai servizi, offerti dalla comunità o dalle istituzioni, e la gestione delle attività casalinghe (per esempio, la spesa, le bollette) e quotidiane (come il trasporto in auto). La quantità di tempo dedicato a questa vasta gamma di attività, naturalmente, varia in base al tipo e alla gravità della patologia o dell'outcome: può trattarsi di poche ore alla settimana come di un impegno costante e quotidiano.

Per comprendere come si stabiliscono le modalità di caregiving in un'unità familiare, Degeneffe (2001) suggerisce di valutare alcuni punti di vista: lo stato socioeconomico, l'età dei vari componenti, il reddito, e altri aspetti relativi al background; il tipo di assistenza richiesta, che va da un supporto preciso e mirato a uno pervasivo dell'intera quotidianità; il modo in cui la famiglia ha reagito all'evento e in cui il sistema familiare ha riorganizzato i



ruoli e i compiti per far fronte in maniera ottimale alla situazione. Tutto questo, naturalmente, dipende dall'outcome terapeutico della persona cui è rivolto il caregiving: maggiore è il livello di disabilità residua, maggiori saranno i bisogni e, di conseguenza, maggiore sarà l'impegno del familiare di riferimento

Sono sempre più le persone per cui la presenza di un caregiver è fondamentale: al fatto che gli avanzamenti della medicina permettano un più alto tasso di sopravvivenza, segue principalmente che l'aspettativa di vita sia più elevata e che il numero di decessi, a seguito di incidenti o di eventi patologici, sia in riduzione rispetto ai secoli precedenti.

Questo comporta che sia in incremento la quantità di persone con limitazioni motorie o cognitive, che necessitano di assistenza quotidiana per i più diversi aspetti della vita. In particolare, dopo la fase di ricovero iniziale, spesso i pazienti rientrano al domicilio, dove sono direttamente seguiti dai parenti (Palmer e Glass, 2003); la famiglia diventa elemento centrale, in quanto partecipa con l'équipe medica o multiprofessionale al trattamento e al reinserimento del paziente, sin dalle prime fasi di cura (Waelde et al., 2004).

È quindi importante riconoscere le modifiche e le trasformazioni cui l'intera famiglia va incontro, considerando anche la possibilità di inserire programmi di supporto psicologico per la stessa.

Percezione del caregiving

Seltzer e Li (1996) partono dal presupposto che entrare nel ruolo di caregiver sia in molti sensi differente rispetto ad altre transizioni, quali ad esempio la paternità o la maternità e la vedovanza, in quanto solitamente si assiste alla modifica di un ruolo già presente, piuttosto che a una totale ridefinizione. In particolare, gli autori sottolineano il passaggio ad una maggiore unilateralità e l'incremento della necessità di assistenza, per la sopravvivenza della persona di cui ci si occupa. Anche le dinamiche familiari vedono un cambiamento: diverso è l'impegno di ogni componente, non solo del caregiver di riferimento, rispetto alla nuova situazione; ristrutturare l'organizzazione del nucleo può permettere una maggiore efficacia, ma comporta anche assunzioni di responsabilità improvvise e inattese che possono destabilizzare l'equilibrio familiare (Degeneffe, 2001).

Rispetto, in particolare, alla demenza, Unson e colleghi (2015) si sono soffermati sulla percezione di incertezza che molti caregiver si trovano a vivere nel periodo di assistenza, dovuta alla perdita di fiducia in sé, alla sensazione di non avere controllo della situazione e al senso di disorganizzazione e di perdita di coerenza che spesso si manifestano in situazioni

simili (Pearlin et al., 1990 e Mishel, 2014). Questo modello di incertezza prevede cinque dimensioni: gli antecedenti, l'appraisal, il coping, l'auto-organizzazione e il pensiero probabilistico.

In ordine, gli antecedenti possono essere ricollegati a tre fattori: più improvvisa è l'insorgenza e più ambiguo e indefinito è l'outcome, maggiore è l'impatto della diagnosi, soprattutto in relazione alla quantità di assistenza richiesta; minore è la familiarità con la patologia, il trattamento e il percorso da seguire, maggiore è il senso di incertezza che coglie il caregiver; maggiore è il supporto fornito dalle istituzioni e di centri di riferimento, ad esempio nella definizione dei compiti e nel riconoscimento dei comportamenti patologici, minore è la percezione di stress e sofferenza vissuti (Unson et al., 2015).

Appraisal e coping sono strettamente connessi tra loro: la valutazione di un evento di malattia come qualcosa di dannoso o pericoloso porta, infatti, a stili di coping maladattativi, che hanno effetto non soltanto sulla qualità della vita del caregiver e sulla percezione di self-efficacy (Sun et al, 2010), ma anche sulla qualità della prestazione assistenziale fornita (Pruchno e Resch, 1989). Se, invece, l'appraisal e il coping sono adattativi, entrano in gioco l'auto-organizzazione e il pensiero probabilistico, la prima nel senso di una riattribuzione delle espressioni o dei comportamenti negativi, come dovuti alla patologia e non alle caratteristiche personali, il secondo legato piuttosto a un adattamento, allo sviluppo di strategie per gestire gli screzi comportamentali in maniera più efficace possibile (Polk, 2005).

La fatica del caregiver

Sono vari i lavori che si sono concentrati sul legame tra attività di caregiving e stress, che, nella complessa definizione di Selye (1973), corrisponde a una risposta non-specifica dell'organismo, quando si trova ad affrontare eventi o situazioni che possono alterare l'omeostasi.

Come evidenziato da Chwalisz (1992) , lo stress può essere considerato un'importante componente del più ampio concetto di *burden*, definito da George e Gwyther (1986) come un costrutto multidimensionale che descrive l'impatto del caregiving: conseguenze fisiche (che si fanno più evidenti soprattutto con l'aumentare dell'età, Biegel e Schulz, 1999), organizzative ed economiche – il burden oggettivo (Pinquart e Sörensen, 2003) – e conseguenze sociali, emozionali e affettive – il burden soggettivo (Pinquart e Sörensen, 2003) – che costituiscono il carico, altamente variabile da caso a caso, tipico dell'attività di caregiving; in particolare, è stato notato che periodi lunghi di assistenza e supporto correlano



spesso con la percezione di una più bassa qualità della vita e con più diffuse problematiche di salute e finanziarie (anche per i costi dell'assistenza, Beinart et al., 2012).

Biegel e Schulz (1999) propongono di affrontare il tema dello stress relativo al caregiving nel contesto di un più ampio modello stress-coping. Uno dei principali elementi considerati in questo modello riguarda la messa in atto di reazioni maladattative in risposta a comportamenti problematici o a situazioni limitanti che il caregiver si trova a dover gestire: tra queste reazioni, ad esempio, gli autori indicano ritmi sonno-veglia alterati, alimentazione sregolata e scarsa cura di sé, che sul lungo termine possono aumentare il rischio di sviluppare patologie fisiche o psichiatriche (Schulz e Salthouse, 1999). Un secondo elemento si esplica invece in modo più indiretto; nella sua missione, portata avanti con impegno e soddisfazione nel riconoscere la bontà e l'efficacia del proprio operato, il caregiver può giungere a trascurare la cura di sé, come nel primo scenario; in questo caso, però, è ridotta la componente di risposte maladattative allo stress (Schulz e Biegel, 1999). Terzo aspetto critico è l'effetto a catena che può essere generata da una reazione emozionale negativa; ad esempio, un caregiver fiaccato dalle attività assistenziali può reagire più aggressivamente a una richiesta del familiare in carico, il quale a sua volta manifesta maggiore aggressività in un loop pericoloso (Schulz e Salthouse, 1999).

Vi sono poi altri elementi che possono essere inclusi nel modello, in quanto partecipano alla relazione tra percezione dello stress e della qualità di vita del caregiver: risorse socio-economiche a disposizione, genere, caratteristiche personali, strategie di coping preferenziali, qualità della relazione (Degeneffe, 2001) e conflitti di ruolo all'interno dei gruppi familiari (Pearlin et al., 1997).

Nel 2005, una ricerca realizzata dal Center on Aging Society ha prodotto le percentuali di stress e fatica percepiti nei caregiver di persone anziane: l'11% riporta un peggioramento delle proprie condizioni fisiche, il 26% si sente impotente rispetto al peso emotivo del proprio compito, il 31% riferisce una netta riduzione del tempo libero e degli spazi personali, il 18% vede la propria privacy come invasa, il 13% prova frustrazione di fronte all'assenza di miglioramenti della persona assistita e il 22% avverte costantemente preoccupazione per la propria capacità di far fronte alla situazione e teme gli avvenimenti futuri. La maggioranza dei caregiver, infine, è di sesso femminile.

Kniepmann (2013), più globalmente, analizza invece il processo che porta dalla iniziale percezione di stress all'esperienza del burden: alle limitazioni a livello funzionale date dai comuni compiti di caregiving, che possono impegnare il caregiver per più o meno tempo in



base alle necessità – che l'autrice definisce stress primario – può seguire una crisi secondaria, per cui la persona si vede sempre più costretta nel proprio ruolo di caregiver, riduce la propria partecipazione sociale (*leisure loss*: abbandono di attività di svago che si vorrebbe riprendere a svolgere) e si riconosce sempre meno in se stessa. L'ultimo step di questo processo individua il burden nella sua complessità: la percezione della qualità di vita può essere bassa e disfunzionale, non solo per svolgere le attività di caregiving efficacemente, ma per assicurare alla persona un livello soddisfacente di identità ed espressione personale, benessere e salute, che spesso vengono trascurati (Kniepmann, 2013).

Opportunità di benessere

È bene ricordare, a questo punto, che assumere il ruolo di caregiver non comporta solo conseguenze negative sul proprio benessere personale, sia esso fisico, cognitivo o affettivo (Hansen et al., 2013). Come sottolineato da Marks e colleghi (2004), infatti, le esperienze e le sfide connesse al caregiving possono essere vissute non come esclusivamente avverse, ma come possibilità di crescita, di gratificazione e soddisfazione, nonostante implicino un impegno e un carico notevoli e spesso coesistano con alti livelli di stress (Ekwall e Hallberg, 2007; Toljamo et al., 2012).

Complessivamente, come mostrato da Tarlow et al. (2004), i caregiver, se intervistati, tendono a riportare anche gli aspetti positivi del proprio ruolo, descrivendolo come fonte di arricchimento personale, di attribuzione di significato e di rafforzamento relazionale; questo avviene indipendentemente dal livello di distress e fatica percepiti durante il percorso, ma correla positivamente con la presenza di contesti relazionali e sociali supportivi e affettivamente consolidati (Brown et al., 2007).

Come notato da Schulz e Sherwood (2008), però, è da considerare tutta una serie di fattori relativi alla componente negativa che accompagna il processo di caregiving, che non vanno per nessun motivo trascurati, in quanto associabili a un'esperienza cronica di distress e quindi potenzialmente invalidanti sul lungo periodo (Vitaliano et al., 2003). D'altra parte, soffermarsi sugli aspetti positivi legati alle modalità di caregiving può dimostrarsi una prospettiva valida, per migliorare l'integrazione dell'assistenza familiare nel più complesso sistema sanitario e per valorizzare gli effetti benefici che un'attività di questo tipo può dare, se vissuta con partecipazione e senso di soddisfazione e crescita personale (Schulz e Sherwood, 2008).



In integrazione ai colloqui di sostegno e ai colloqui di psico-educazione, un intervento possibile, a questo riguardo, potrebbe proporre come trattamento il coinvolgimento dei caregiver in spazi di riflessione e consapevolezza basati su una disciplina in diffusione (Williams et al., 2014): la *mindfulness* (Kabat-Zinn, 2010).

Una saggezza antica orientata al presente

Nella sua definizione più nota, con il termine *mindfulness* si indica una consapevolezza in prima persona, che emerge e si sviluppa attraverso la focalizzazione dell'attenzione su quanto esperito al momento; questo è reso possibile grazie ad un'applicazione intenzionale, presente – cioè legata all'immediato – e non giudicante della pratica meditativa. L'idea alla base di questo approccio, che sta vedendo una sempre più ampia diffusione in psicologia (Chiesa e Serretti, 2010), consiste nell'esperienza diretta e nel fatto che essa sia l'unica cui si chiede di fare riferimento,

La prospettiva della *mindfulness* si situa all'interno di una corrente attiva già da centinaia di anni: la tradizione delle pratiche meditative, diffuse soprattutto tra le culture orientali che non necessariamente si rifanno a una specifica disciplina filosofica o religiosa .

Nella psicologia moderna, come sottolineano Bishop e collaboratori nella loro proposta di definizione operativa (2004), la *mindfulness*, e quindi l'approccio centrato sulla consapevolezza dei propri stati interni e sull'attenzione orientata a quanto vissuto ed esperito (Giommi, 2006), ha come scopo primario la riduzione dei pensieri e dei comportamenti maladattativi, così come del distress emotivo.

Ogni pensiero prodotto deve essere riconosciuto in quanto tale, e non va identificato come portatore di verità o riflesso della realtà esterna.

Sin dalle prime applicazioni è risultata evidente l'adattabilità del training alle più diverse problematiche riportate: si tratti di ridurre lo stress, di diminuire lo stato d'ansia, o di migliorare performance sportive (Rothwell, 2006); la caratterizzazione dell'ambiente è tipicamente quella di un gruppo di apprendimento, il che definisce l'intervento come class-oriented (Coehlo et al., 2013).

Un aspetto importante è l'inserimento della *mindfulness* nella quotidianità: si insegna ai partecipanti ad applicare l'approccio mindful non esclusivamente durante lo svolgimento degli esercizi, e questo produce, con la pratica, un'esperienza di *mindfulness* spontanea e realizzabile in diverse attività, anche le più comuni (Grossman et al., 2004). L'obiettivo è



l'acquisizione della consapevolezza di ogni movimento corporeo, oltre che dei propri pensieri e delle proprie emozioni: diventa così possibile essere coscienti di ogni attimo vissuto, momento per momento (Naranjo e Schmidt, 2012).

Bishop e colleghi propongono un modello di mindfulness a due componenti (2004). La prima è l'*autoregolazione dell'attenzione*: in quanto è necessario restare focalizzati sull'esperienza presente, l'attenzione sostenuta è fondamentale. Occorre, però, anche saper riconoscere un pensiero, un sentimento, un ricordo quando essi affiorano alla mente, senza elaborarli. Qui entra in gioco lo shifting attentivo, che permette di prendere coscienza di ciò di cui si sta facendo esperienza, di identificarlo come nient'altro che un pensiero (Giommi, 2006), e di tornare al focus sulla respirazione. Il secondo aspetto considerato riguarda il *direzionamento verso l'esperienza* grazie a curiosità, apertura e accettazione. Ogni elemento che si affaccia durante la meditazione è di per sé rilevante e in quanto tale va riconosciuto; per questo motivo è importante essere esperienzialmente aperti al momento corrente, e accoglierlo senza porsi in modalità giudicante. Questo atteggiamento garantisce un incremento della ricettività a pensieri differenziati e nuovi, rispetto ad altri più consolidati (Bishop et al., 2004), e può portare a una percezione del distress emotivo come meno minaccioso e spiacevole, favorendo quindi una sua gestione più efficace (Bishop et al., 2004; Giommi, 2006).

È stato notato (Bishop et al., 2004) che l'approccio mindful comporta una riduzione del pensiero ruminativo e facilita la diminuzione della vulnerabilità ad alcune forme di psicopatologie, quali depressione, ansia, disforia. Nella loro revisione, in particolare, Chiesa e Serretti (2010) hanno raccolto i risultati di 52 studi in varie aree di intervento, e hanno rilevato che sono stati ottenuti dati positivi rispetto a disordini psichiatrici (cfr. Teasdale et al., 2000 e Williams et al., 2008), a disturbi d'ansia (cfr. Simpson et al., 2007, per la fobia sociale), all'abuso di sostanze (Bowen et al., 2006).

Lutz e colleghi (2007) descrivono la meditazione mindfulness come una esperienza che coltiva la consapevolezza della soggettività, agendo in modo tale da porla in secondo piano a favore di un processo di monitoraggio autoregolatorio che Siegel (2009) definirà *consapevolezza della consapevolezza*.

Il riconoscimento dei processi di pensiero, invece della loro elaborazione, comporta un'accentuata presa di coscienza dei propri stati mentali ed emotivi, senza che questi si impongano gli uni sugli altri e senza che provochino una risposta reattiva (Chambers et al., 2008).



La diminuita reattività alle emozioni negative permette l'accoglienza di sensazioni altrimenti non tollerate, e genera un atteggiamento di accettazione e maggiore apertura alle emozioni e ai pensieri, in un rinforzo costante della consapevolezza di sé (Baer, 2003).

Sono sei i passi, descritti da Edwards (2011), che portano a una piena realizzazione dello stato di mindfulness.

Si tratta di muoversi su un continuum isolabile solo a livello teorico, ma che in realtà prevede una totale compenetrazione delle varie fasi.

1. *Relax*. Occorre lasciar andare il proprio respiro, che rallenta gradualmente e diventa diaframmatico; rilassare i muscoli, sciogliere le membra. In questo momento il corpo è avvertito nella sua totalità e interezza.
2. *Consapevolezza del momento*. Percezione di sé nel momento presente, attimo per attimo.
3. *Training attentivo*. Imparare a spostare l'attenzione dal proprio respiro alle sensazioni che si affacciano a livello corporeo e mentale, e di nuovo indietro al proprio respiro.
4. *Consapevolezza distaccata*. È importante a questo punto riuscire a non elaborare razionalmente quanto viene vissuto: pensieri, emozioni, sensazioni sfilano senza essere analizzati, in un atteggiamento non giudicante da parte della persona.
5. *Recettività aperta*. Ogni cosa viene riconosciuta in quanto tale, nulla passa ignorato. È così possibile scoprire nuove sensazioni senza soffermarsi su qualcosa in particolare; fondamentale è tornare sempre alla focalizzazione, una volta realizzato il momento di consapevolezza.
6. *Essere vigili*. La coscienza si rivela un grande bacino in grado di contenere ogni elemento vi si affacci, ed è in costante espansione.

Emerge chiaramente, a questo punto, l'importanza della componente attentiva, senza la quale non è possibile il raggiungimento di uno stato effettivamente mindful; questo viene esplicitamente sostenuto da molti autori (ad esempio: Segal et al., 2006; Siegel, 2009). Ma vi sono anche altri aspetti coinvolti, oltre all'attenzione: la regolazione affettiva, come si è già visto (Bishop et al., 2004; Siegel, 2009; Turner, 2009) e l'apprendimento (Claxton, 2006; Siegel, 2009).

Presenza cosciente, attenzione presente

L'attenzione, nella definizione di Summerfield ed Egner (2009), viene descritta come un meccanismo centrale altamente complesso di processamento delle informazioni sensoriali (top-down o bottom-up), a cui viene assegnata una priorità in base alle condizioni del



momento. Proprio grazie a questa sua centralità, si può dividere in diverse componenti, con funzioni più o meno diverse (Siegel, 2009). Tra queste, l'attenzione esecutiva si occupa di gestire la pianificazione, il decision making, la correzione delle risposte, in situazioni sia note sia inusuali (Raz e Buhle, 2006); questo è ciò che permette risposte generalmente rapide e adeguate al contesto, principalmente automatizzate attraverso l'apprendimento (Claxton, 2006).

L'indubbia utilità dell'attenzione esecutiva consiste nel garantire all'individuo un comportamento più reattivo e in grado di regolarsi, in base alle circostanze, alle conoscenze e esperienze pregresse, ai principi morali (Rueda et al., 2005); al tempo stesso, però, si impongono strategie consolidate e schemi di risposta abituali, che possono rivelarsi controproducenti (Bara, 2007).

Vi è poi l'attenzione sostenuta, che consente di restare concentrati su uno stimolo o di anticiparne la comparsa attraverso lo stato di allerta (Siegal, 2009). Attraverso lo shifting attentivo, invece, è possibile spostare la propria attenzione da un punto di focus a un altro, alternandoli: fondamentale è la capacità di orientare appropriatamente l'attenzione e di regolare i conflitti attentivi (Posner e Rothbart, 2007). Si tratta di un processo top-down che si realizza anche a livello di rappresentazioni interne (Garavan 1998), con un incremento dell'intensità dello shifting in relazione a stimoli affettivi: più l'informazione è personalmente rilevante, maggiore è il controllo attenzionale esercitato (Posner e Rothbart, 2007).

Secondo studi recenti, il training basato sulla mindfulness ha efficacia non solo sulla riduzione dello stress o del malessere, ma anche sull'incremento delle capacità attentive, specialmente a livello di attenzione sostenuta e shifting (Turner, 2009).

Raz e Buhle (2006) evidenziano l'importanza delle reti subcorticali a livello di attenzione sostenuta e di motivazione, e sottolineano come sia possibile incrementare l'efficienza di questi network, in modo da consentire di orientare la propria attenzione sempre più efficacemente. Il training mindfulness, come riscontrato negli studi di Jha e colleghi (2007) o di Chambers e colleghi (2008), porta benefici a lungo termine e un aumento della capacità attentiva, soprattutto per quanto riguarda momenti in cui è richiesta maggiore concentrazione. Quando le informazioni selezionate a livello attentivo vengono alternativamente poste in secondo piano attraverso lo shifting, possono continuare ad esercitare una certa influenza sullo stimolo correntemente prevalente (Posner e Petersen, 1989). Per questo motivo, imparare a gestire il focus attentivo in maniera efficace produce effetti non solo al momento



dell'esercizio, ma anche rispetto alle situazioni quotidiane, in cui ci si trova spesso a doverlo calibrare appropriatamente.

Bishop e collaboratori (2004) rilevano come una porzione maggiore di attenzione possa essere resa disponibile se la si disancora dall'attività di elaborazione del pensiero in cui è usualmente impegnata. In questo modo, le risorse vengono messe a disposizione di una consapevolezza immediata, che non porta l'attenzione a soffermarsi sulle informazioni in transito, ma permette che agisca come supervisore dell'esperienza in atto, cogliendo ogni volta quanto vissuto come inatteso e sconosciuto. È così che si è liberi da preconcetti e atteggiamenti giudicanti: senza aspettarsi nulla, senza prestare attenzione a nulla specificatamente e al tempo stesso individuando e riconoscendo ogni singolo elemento. L'inibizione del processo elaborativo è ciò che rende l'attenzione di muoversi libera e di consentire un tipo di osservazione su noi stessi che viene spesso associata alla "mente del principiante" (Bishop et al.,2004).

Regolare le emozioni

Le emozioni costituiscono una componente fondamentale del nostro essere creature viventi e sociali

È unitariamente condiviso che l'attivazione emotiva è ciò che permette all'individuo – non solo umano ma anche primate, almeno per quanto riguarda le emozioni di base (Ekman, 1999) – di prepararsi a fornire una risposta adeguata all'evento trigger (Panksepp, 1998).

Bishop e colleghi (2004) descrivono i passaggi fondamentali per cui la meditazione mindfulness permette una migliore esperienza a livello anche, e soprattutto, emotivo. Attraverso la focalizzazione, ogni elemento che appare nel flusso di coscienza viene notato e differenziato dagli altri: per esempio, un sentimento è diverso da una sensazione corporea, ed entrambi sono diversi da un ricordo. In questo modo, è anche possibile osservare la concatenazione e l'avvicinarsi delle varie esperienze mentali, e comprendere la natura complessa degli eventi emozionali.

Vi sono numerosi studi che sostengono l'impatto positivo della meditazione mindfulness sui pattern emotivi, sia a livello di un maggiore benessere emozionale, sia a livello di una migliore regolazione delle manifestazioni emotive (Wayment et al., 2011). Sono stati notati effetti di amplificazione delle risposte empatiche (Lazar et al., 2005, Lutz et al., 2008), reazioni psicologiche meno disregolate rispetto a situazioni stressanti o emozioni negative



(Tang et al., 2007), e una percezione di aumentato benessere emotivo sia in soggetti esperti sia in principianti (Orzech et al., 2009).

Più in generale, si può dire che l'obiettivo, nello specifico per quanto riguarda le emozioni, ma estendibile ad ogni aspetto considerato, sia identificabile con la realizzazione di un equilibrio (Siegel, 2009). Meta non sempre di facile raggiungimento, come ricordano Lutz e colleghi (2007); durante la pratica meditativa, infatti, possono presentarsi due ostacoli – ossia la noia e l'eccitazione – che è fondamentale imparare a neutralizzare, ai fini di una meditazione efficiente: gli stati di arousal, non contenuti, rallentano il processo di regolazione. Secondo Siegel (2009), il modo più efficace per contenerli consiste proprio nelle funzioni regolative delle aree prefrontali, che a loro volta sono responsabili del controllo del sistema nervoso simpatico e parasimpatico. Si tratta di un circuito ricorsivo, per cui bisogna abbandonare i pattern di default e avventurarsi nella scoperta di sé, senza aspettative e senza affidarsi alla mentalizzazione (Siegel, 2009); il tutto, però, mantenendo una presenza cosciente, senza la quale non è possibile intervenire sulle risposte emozionali automatiche e sui comportamenti ad esse associati (Siegel, 2001).

Apprendere e disapprendere

Diventare esperti nella meditazione mindful significa arricchire la propria mente in modo molto più complesso di quanto possa inizialmente apparire (Siegel, 2009). Come si vedrà più avanti, sono stati condotti numerosi studi per comprenderne gli effetti funzionali e strutturali sul cervello (Chiesa e Serretti, 2010, Chiesa et al., 2013).

Nella sua trattazione Siegel (2009) descrive gli obiettivi raggiungibili grazie a questa modalità di esperienza: la creazione di nuove e molteplici prospettive, l'attenzione a ciò che è nuovo e inaspettato, la formazione di categorie più ampie e libere. È un vero e proprio apprendimento, per cui si vanno definendo pattern neurali più complessi, si creano ulteriori collegamenti sinaptici e, a lungo termine, modificazioni a livello strutturale (Draganski e May, 2008).

Claxton (2005) ha però fatto un'interessante proposta. Se è vero che con la mindfulness si apprendono e si consolidano nuove modalità di pensiero, di elaborazione e di orientamento nel presente (Bishop et al., 2004), necessariamente le modalità precedenti cadono in disuso (Segal et al., 2002), pur rimanendo accessibili (Bara, 2009). Non si tratta solo di modificare le proprie modalità di risposta e i pattern cui ci si affida in modalità spesso automatica (Giommi, 2006), ma anche di sviluppare la competenza empatica, in quanto è data una



prospettiva più ampia e più libera sul mondo di cui abbiamo esperienza, ivi comprese le altre persone: la consapevolezza, meno filtrata da credenze, aspettative e obiettivi, si agisce a un livello insieme intra- e inter-personale più complesso (Claxton, 2005). Inoltre, la condivisione e il dialogo, realizzati durante il training tra i vari membri, permettono una comprensione più complessa e un riconoscimento globale della propria esperienza (Segal et al., 2002).

Guardando la questione da un altro punto di vista, Stillman e colleghi (2014) hanno studiato l'esecuzione di compiti di apprendimento in soggetti sani e non meditatori e hanno rilevato che non necessariamente alti livelli di mindfulness corrispondono a una migliore funzionalità cerebrale: l'apprendimento implicito, in particolare sequenziale, è apparso rallentato e lievemente peggiore in relazione alla presenza di una più marcata esperienza mindful. Riconoscendo la necessità di ulteriori approfondimenti, gli autori propongono che questo risultato possa essere ricondotto all'antagonismo, già riscontrato in precedenti studi (Howard e Howard, 2001) tra le aree corticali frontali e le regioni sottocorticali, specialmente lo striato (Howard et al. 2004), rispettivamente implicate nel controllo attenzionale e nell'apprendimento implicito. I soggetti capaci di realizzare efficacemente l'esperienza mindful sarebbero anche più portati a dismettere le elaborazioni e le attribuzioni di significato, che tipicamente avvengono in modo sequenziale, in favore di un'apertura non giudicante verso se stessi.

Mindfulness e cervello

Con "The mindful brain" (2009), Daniel Siegel indaga gli aspetti di efficacia della mindfulness, integrando studi di neuroimmagine e dottrine tradizionali, ricerca scientifica ed esperienza soggettiva. Un numero sempre crescente di lavori, soprattutto negli ultimi venti anni, si sta focalizzando sull'effetto della meditazione, in particolare della mindfulness, non solo a livello clinico ma anche a livello neuroscientifico (Ospina et al., 2007). Dal momento che è ormai accettata unanimemente la plasticità dei network neurali, si è posta la questione dell'influenza delle tecniche mindfulness sui circuiti cerebrali (Singh et al., 2013); ci si chiede in quale misura questo tipo di approcci possa modificare la funzionalità, la produttività e l'estensione delle aree cerebrali coinvolte (Siegel, 2009).

Nel 2005, Lazar e collaboratori hanno notato come attività di meditazione siano correlate con l'aumento della sostanza grigia e dello spessore corticale, parallelamente con l'acquisizione di nuove abilità motorie, cognitive e di performance.



In uno studio del 2014, Kirk e colleghi hanno analizzato l'effetto del training mindfulness sulle modalità di elaborazione top-down in soggetti non meditatori, e hanno evidenziato un'associazione tra l'incremento della funzionalità connettiva nella corteccia prefrontale ventromediale e dell'insula posteriore.

In uno lavoro più mirato di Hölzel e colleghi (2011) è stato strutturato uno studio longitudinale per osservare i cambiamenti nella densità della materia grigia in soggetti sottoposti a training MBSR. I risultati hanno mostrato differenze pre- e post- trattamento, soprattutto nell'area ippocampale sinistra, in comparazione con i soggetti di controllo. Sono stati inoltre rilevati potenziamenti della corteccia cingolata posteriore, della giunzione temporo-parietale e del cervelletto: tutte aree coinvolte in processi di apprendimento e memoria, regolazione emotiva, processi di autoreferenziazione e perspective taking (Singh et al., 2013); a questi risultati si affiancano quelli di Lazar e colleghi (2005), per cui si assiste a una riduzione a livello di materia grigia nell'amigdala, associata a stress e paura.

Siegel (2009) propone un passaggio teorico ulteriore: consolidare lo *stato* di mindfulness, con effetti sul breve termine, fino a raggiungere un *tratto* di mindfulness, in modo che sia sempre disponibile e praticabile senza sforzo; perché questo sia possibile, occorre ricordare che l'area principalmente coinvolta nella costruzione della consapevolezza mindful è la corteccia prefrontale, in particolare laterale, e proprio grazie alla plasticità neurale le connessioni tra quest'area e le altre zone del cervello coinvolte vengono incrementate.

Risultati interessanti in questo senso sono stati evidenziati da Cahn e Polich (2013), che hanno revisionato una serie di studi condotti con EEG, ERP e tecniche di neuroimmagine e riscontrato un generale aumento dell'attività e dei livelli di ossigenazione nella corteccia cingolata anteriore e nelle aree prefrontali laterali di entrambi gli emisferi.

Analizzando i risultati ottenuti dagli studi di neuroimmagine, Siegel (2009) sostiene che l'ispessimento riscontrato nella corteccia può essere dovuto a tre diversi fattori, tutti comunque rilevanti: un aumento delle ramificazioni e dei contatti sinaptici, parallelamente a un aumento dei neuroni connessi; un volume maggiore delle cellule gliali; un incremento della vascolarizzazione.

Questi risultati sono coerenti con la teoria per cui una crescente esperienza nella pratica della mindfulness ha un effetto duraturo e potenziante sulle aree cerebrali deputate a funzioni di gestione dei processi emozionali e sulla neuroplasticità (Singh et al., 2013).

Rimangono molti interrogativi aperti riguardo l'identificazione dei processi neurali coinvolti nella mindfulness (Siegel, 2009); per esempio, non è ancora chiaro se possa essere riferita a

processi bottom-up (van den Hurk et al., 2010) o top-down (Creswell et al., 2007). Nella revisione realizzata da Chiesa e colleghi (2013), si rileva come sia maggiormente accettata l'ipotesi per cui i training a breve termine hanno un impatto sulla regolazione top-down soprattutto a livello di corteccia prefrontale e aree limbiche, mentre i training a lungo termine lavorerebbero piuttosto in modalità bottom-up. Tuttavia, sono state dimostrate influenze bottom-up anche in training a breve termine, per esempio in soggetti con fobia sociale (Goldin e Gross, 2010) o che vogliono smettere di fumare (Westbrook et al., 2013). Emerge chiaramente la necessità di studi più approfonditi, anche considerando la varietà di esercizi, pratiche e definizioni presenti a livello di letteratura (Chiesa et al., 2013). Gli autori di questa revisione ritengono che possa essere utile immaginare il processo come un continuum, per cui soggetti più inesperti ricorrerebbero principalmente a meccanismi top-down di regolazione emotiva, mentre l'acquisizione di maggiore esperienza corrisponderebbe a un maggiore uso dei meccanismi bottom-up, pur mantenendo un certo livello di compresenza (Chiesa et al., 2013).

Sono importanti studi futuri volti non solo alla definizione di strumenti e procedure più adeguati a cogliere le diverse sfaccettature del costrutto, ma anche ad ampliare l'indagine a popolazioni specifiche e a livello neuroscientifico (Tanay e Bernstein, 2013). Recentemente, stanno iniziando a rendersi disponibili versioni in traduzione italiana, in corso di approfondimento; un esempio è il FFQM italiano, elaborato sulla base dell'originale inglese da Giovannini e collaboratori (2014). In particolare, si è cercato di ottenere un questionario che tenesse conto delle sfaccettature proposte da Baer et al. (2006) e applicabile al contesto italiano, attraverso una traduzione il più possibile in linea con l'originale.

Modalità di applicazione della mindfulness

Dal fatto che esistano diverse modalità di applicazione dell'approccio mindfulness, deriva la possibilità di utilizzare il suo principio generale negli ambiti più svariati, lavorando sui diversi aspetti via via implicati in base alla condizione considerata (Chiesa et al., 2013). Andando ad agire sui processi di controllo emozionale e cognitivo messi in atto quotidianamente, un training mindfulness può contribuire a spostare il focus da automaticamente orientato al futuro a consapevolmente diretto al presente (Prakash et al., 2014) e questo, anche se ancora in fase di studio, porta benefici terapeutici a livello globale (Chambers et al., 2008). Tra le altre cose, per esempio, viene rafforzata la capacità di creare



relazioni amorevoli con gli altri intorno a sé, migliorando di conseguenza la qualità di vita e raggiungendo una più alta percezione di benessere (Siegel, 2009).

Lazaridou e collaboratori (2013) hanno realizzato una revisione della letteratura relativa agli effetti positivi degli interventi riabilitativi con impiego di tecniche basate sulla consapevolezza, sul controllo del respiro e della postura su soggetti con esito di stroke, da cui si evidenzia l'efficacia dell'approccio per quanto concerne il sistema nervoso (Streeter et al., 2012), l'apparato endocrino (Nidhi et al., 2013), il sistema cardiovascolare (Papp et al., 2013), il sistema respiratorio (Santaella et al., 2013) e le difese immunitarie (Arora e Bhattacharjee, 2008).

Più complessa è invece la situazione relativa ai soggetti con sindrome post-concussiva (PCS), come riscontrato da Al Sayegh e collaboratori (2010). La revisione da loro effettuata non evidenzia una particolare efficacia dei trattamenti mindfulness in caso di trauma cranico lieve e i sintomi ad esso associati, mentre una più classica terapia cognitivo comportamentale ha effetti più evidenti.

A questo proposito, Azulay e colleghi (2013) hanno rilevato che, nonostante non vi sia una differenza significativa a livello statistico tra il rendimento pre- e post- trattamento in pazienti con PCS, la percezione di un miglioramento è invece presente per quel che riguarda diversi aspetti di sé, come l'autoefficacia e la componente esecutiva, pur senza un evidente riscontro neurologico. Un altro aspetto da tenere presente è la presenza di fattori interni – consapevolezza e accettazione delle limitazioni, condivisione degli obiettivi del trattamento, partecipazione attiva – che, affiancata da eventuali variabili esterne, come la mancanza di supporto sociale o le difficoltà economiche, ha un notevole peso sull'avvio e sulla prosecuzione dell'intervento riabilitativo.

Una simile situazione di incertezza è presente anche in studi relativi al trattamento di pazienti con una diagnosi oncologica, in particolare sul lungo termine (Bränström et al., 2012). Mentre effetti positivi sono stati riscontrati su disturbi del sonno, riduzione dello stress e generale miglioramento della qualità di vita, non è stato sufficientemente studiato fino a che punto questi risultati siano replicabili anche in un follow-up (Grossman et al., 2004 e Ledesma et al., 2009).

Per quanto riguarda la sfera dell'infanzia, nel 2010 Semple e colleghi hanno sviluppato un intervento per bambini in età scolare, con difficoltà attentive e problematiche ansiose, in dodici sessioni. Nonostante i risultati statistici non rendano possibile un'attribuzione diretta degli effetti del trattamento sui partecipanti, gli autori sottolineano la percezione qualitativa,



riportata dai bambini e dagli adulti di riferimento, e quantitativa, ai test clinici, di una riduzione della componente ansiosa e comportamentale. Avanzando una cauta interpretazione, essendo necessario considerare l'influenza di altre variabili, quali la relazione e l'influenza tra pari, Semple e collaboratori (2010) suggeriscono l'importanza di ulteriori studi a riguardo. Sottolineano, però, la capacità dei bambini, maggiore che negli adulti, di esprimere creatività e giocosità nelle proprie esperienze di mindfulness, mostrando un entusiasmo che non dovrebbe mancare in nessuno di noi.

Non sono invece molti i lavori che si sono soffermati sugli effetti di trattamenti mindfulness-based anche negli anziani nonostante i risultati finora ottenuti siano incoraggianti. Lo studio di Moynihan e colleghi (2012), in particolare, mostra come sia possibile assistere a cambiamenti nelle funzioni frontali e nel controllo esecutivo, anche in persone con oltre 65 anni di età. Prakash e collaboratori (2014), approfondendo la relazione tra i processi cognitivi e i processi emozionali negli anziani, suggeriscono di focalizzarsi sugli aspetti motivazionali, e in particolare sugli obiettivi socio-emotivi, che con l'avanzare dell'età si spostano da future-oriented a present-focused; si possono apprezzare i benefici dell'approccio mindful anche durante l'invecchiamento, anzi sottolineandone i benefici.

Queste e ad altre possibili applicazioni – vedi ad esempio le dipendenze, come studiato da Garland et al. (2010), o i disturbi psichiatrici (Abbey, 2012), ma ve ne sono molte di più (Singh et al., 2013) – fanno della mindfulness un interessante e versatile strumento di lavoro; nel capitolo successivo l'attenzione sarà volta a un' applicazione in particolare, vale a dire l'intervento con i caregiver familiari di persone con varie condizioni cliniche – croniche, acute, degenerative – e diversi livelli di disabilità (Li et al., 2015).

Consapevolezza e accettazione al cuore del caregiving

Sempre più numerosi sono gli interventi di riduzione dello stress basati sull'approccio mindfulness, proposti per alleviare il burden e migliorare la qualità della vita e il senso di autoefficacia dei caregiver. La revisione di Li e colleghi (2015) mostra come, a partire dal 2000, circa una quindicina di lavori si sia soffermata sul rapporto tra mindfulness e caregiving; in tutti è stata rilevata l'efficacia del trattamento, benché generalmente con alcune debolezze dovute all'impostazione degli studi. A livello qualitativo, è stata riscontrata una buona soddisfazione dei caregiver rispetto al training mindfulness e al mantenimento delle



abilità acquisite, anche al termine degli interventi (Li et al., 2015; Hou et al., 2012). Dal punto di vista quantitativo, i risultati più importanti si riferiscono a dati circa il benessere psicologico (livelli di stress, ansia e depressione; umore; stato di mindfulness; caregiver burden, self-compassion e qualità della vita) e a una riduzione dei marcatori biologici dello stress (Lengacher et al., 2012).

Come ricordato da Pakenham e Samios (2013), lo stato di mindfulness può aumentare la qualità delle relazioni interpersonali (Wachs e Cordova, 2007); conseguentemente, lavorare sul consolidamento di queste competenze attentive e relazionali può aiutare il caregiver a sostenere il proprio ruolo con un maggiore grado di serenità e acceptance – come definita anche nell’approccio ACT (Acceptance and Commitment Therapy), la capacità attiva e consapevole di accogliere gli eventi personali senza forzarne le condizioni e, quando non costruttivo, senza tentare di modificarli (Hayes et al., 2006).

Un progetto in costruzione

Dato l’approfondimento degli spunti in letteratura riguardo all’inserimento di un approccio mindfulness in interventi di sostegno alla famiglia si è pensato di integrare le osservazioni di studio alle proposte di supporto al caregiving, effettuate durante il periodo di tirocinio presso la SSA Psicologia dell’ASO di Alessandria (Direttore G. Montobbio). Tipicamente, con la dovuta flessibilità, i colloqui di sostegno con i caregiver seguono una serie di momenti fondamentali: la fase di accoglienza, in cui si raccoglie la reazione all’impatto all’evento critico affrontato; l’analisi del bisogno e delle risorse – personali, familiari, sociali – a disposizione; e successivamente la realizzazione di colloqui legati ai diversi momenti riabilitativi, per fornire una cornice base sicura in cui affrontare le preoccupazioni, le incertezze e i processi decisionali tipici dell’esperienza di caregiving, sia in una fase iniziale o prolungata di accudimento/assistenza, e per fornire supporto all’aumentare il livello di fronteggiamento del momento presente e di resilienza personale.

L’impostazione dei colloqui si costruisce sull’ascolto delle tematiche portate dal caregiver e dal supporto nel momento di difficoltà; all’interno di questa cornice di accoglienza e di accompagnamento al percorso riabilitativo, si potrebbero quindi inserire esercizi basati sull’approccio mindful e sulle pratiche meditative. Essi riguarderebbero le macro-aree fondamentali della pratica mindfulness (Tulane University Mental Health Resources):

- non-giudizio – riconoscimento della propria tendenza a mettere in atto un atteggiamento giudicante e, quindi, evitamento del pilota automatico;



- pazienza – assieme a comprensione e accettazione, permette un'esperienza meno frettolosa e caotica;
- mente del principiante – imparare a vedere lo straordinario nell'ordinario, come se fosse la prima volta, in modo da essere maggiormente ricettivi e da non essere bloccati nelle proprie routine esperienziali;
- fiducia – in se stessi e negli altri;
- non-fare – piuttosto che lottare con ciò che accade, meglio accoglierlo, riconoscerlo e prenderne consapevolezza, passando dal *doing mode* al *being mode*;
- accettazione – delle cose per come sono, senza filtrarle, senza negarle e senza evitarle.

Questi aspetti, nella loro complessità, non andranno considerati solo relativamente alla relazione del caregiver con il proprio familiare o con la patologia; andranno piuttosto a intrecciarsi con tutti gli elementi della vita quotidiana della persona, in modo da integrarli nel vasto spettro dell'esperienza individuale e delle competenze relazionali, che ne risulteranno rafforzate (Siegel, 2009).

Si tratterebbe quindi di portare la persona ad ascoltare il proprio corpo e a riconoscerne la manifestazione della propria sofferenza e delle proprie modalità di esplorazione dell'esperienza. È importante, soprattutto nei primi incontri con la pratica mindfulness, che la persona sia guidata e accompagnata, nella scelta della postura, nell'impostazione del respiro (che dovrà essere diaframmatico) e nei tempi dell'attività.

Si potrà accompagnare la persona nello sviluppo di competenze relative all'accettazione di sé, al riconoscimento delle occasioni in cui interviene il pensiero automatico, o in cui si manifesta il proprio disagio fisico, e delle sensazioni negative che si presentano durante l'attività quotidiana.

Questo può aiutare a definire una modalità diversa di approcciarsi alla realtà, imparando a vedere e ad ascoltare senza pregiudizi e senza l'influenza di interpretazioni e routine consolidate. La persona potrà quindi imparare a restringere e allargare il focus dell'attenzione, e a soffermarsi sulla propria percezione di se stessa e della realtà circostante, al di là della pratica mindfulness in sé.

Un tema particolarmente importante rispetto all'esperienza del caregiving è l'accettazione: accettare l'impegno che comporta il proprio ruolo, unitamente all'evoluzione della patologia, all'assenza di progressi o alla morte del proprio caro è, spesso, molto difficile, ancora di più se il peso dell'assistenza grava su una persona sola (Biegel e Schulz, 1999). Sarà quindi fondamentale accompagnare la persona verso il riconoscimento e l'accettazione dei propri



timori, delle proprie difficoltà e delle proprie paure, senza però trascurare la cura di sé e della propria serenità. Questo potrà avvenire grazie ai percorsi di meditazione e alla focalizzazione sul momento presente, allontanando il turbamento dato, ad esempio, dal pensiero ruminativo o dall'ansia.

Altro aspetto fondamentale nel percorso di accompagnamento ai caregiver è sottolineare l'importanza della cura di sé e del proprio benessere, senza che questo crei sensi di colpa o di inadeguatezza; si potrà introdurre l'idea che uno spazio per sé non è solo legittimo, ma doveroso, e che permette un migliore approccio alla quotidianità e all'esperienza del caregiving.

Sarà utile, inoltre, fornire gli strumenti per il mantenimento delle abilità apprese durante il training anche successivamente. Riuscire ad avere un atteggiamento mindful di fronte alle difficoltà e alla fatica che il proprio ruolo implica può aiutare il caregiver a svolgere i compiti in modo che siano meno emotivamente e mentalmente stancanti, suggerendogli una lettura della realtà e della relazione più adattativa (Hou et al., 2014).

Conclusioni

La mindfulness può divenire strumento di risorsa per i caregiver, sia attraverso l'aumento della consapevolezza e accettazione di quanto occorso e del percorso che si sta vivendo accanto al proprio familiare, sia come strumento verso il miglioramento della qualità della vita e della percezione del proprio ruolo, con tutte le sue difficoltà, ma anche i significati e valori. Come si è visto nei capitoli precedenti, offrire agli individui una nuova prospettiva, un nuovo modo di entrare in relazione con se stessi, è un importante elemento di trasformazione; non si tratta di una trasformazione repentina, bensì di un cambiamento tacito, lento ma evidente, che raggiunge l'interezza della persona. Questo è possibile perché la mindfulness agisce attraverso modalità di regolazione dell'emozione, interrompendo il circolo della reattività, andando a permeare anche le modalità attentive/esecutive di risposta, agendo sulle strutture cerebrali, sulle routine, sui pensieri disfunzionali che vengono automaticamente generati nei momenti di stress o, più in generale, di reazione ad un evento.

Per i caregiver, tale supporto permette di raggiungere un atteggiamento più efficace nella propria quotidianità, allontanando, almeno parzialmente, la sensazione soverchiante del venire travolto dall'incertezza nel futuro o dell'inadeguatezza rispetto alle proprie mansioni.



Si tratta di imparare a riconoscere tutti i sentimenti e le emozioni che compongono la quotidianità, e una volta accolti li si esplora; intendendoli come parte di sé e della propria esperienza, e non come verità oggettiva; i timori, i dubbi e le paure che si esprimono nei pensieri e nelle manifestazioni di disagio corporeo vengono quindi accolti, resi meno incombenti e integrati nella propria esperienza.

Attraverso l'approccio mindfulness nei percorsi di sostegno, si può quindi attivare anche con i caregiver un processo di risorsa nel qui ed ora che nella sua semplicità e insieme complessità, apra la via a una modalità di approccio alla realtà più funzionale e, soprattutto, consapevole.



Bibliografia

- Abbey, S. E. (2012). Mindfulness and psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 61.
- Al Sayegh, A. et al. (2010). Psychological approaches to treatment of postconcussion syndrome: a systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81(10), 1128-1134.
- Azulay, J. et al. (2013). A pilot study examining the effect of mindfulness-based stress reduction on symptoms of chronic mild traumatic brain injury/postconcussive syndrome. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 28(4), 323-331.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Baer, R. A. et al. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bara, B. G. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Barer, B. M. e Johnson, C. L. (1990). A critique of the caregiving literature. *The Gerontologist*, 30(1), 26-29.
- Beinart, N. et al. (2012). Caregiver burden and psychoeducational interventions in Alzheimer's disease: a review. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 2(1), 638-648.
- Biegel, D. E. e Schulz, R. (1999). Caregiving and caregiver interventions in aging and mental illness. *Family Relations*, 48(4), 345.
- Bishop, S. R. et al (2004) Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice* 11.3:230-241
- Bowen, S. et al. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of addictive behaviors*, 20(3), 343.
- Bränström, R. et al. (2012). A randomized study of the effects of mindfulness training on psychological well-being and symptoms of stress in patients treated for cancer at 6-month follow-up. *International journal of behavioral medicine*, 19(4), 535-542.
- Brown, S. L. (2007). Health Effects of Caregiving: Studies of Helping Behavior Needed!! *Alzheimer's Care Today*, 8(3), 235-246



- Cahn, B. R. e Polich, J. (2013). Meditation States and Traits. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1, 48-96.
- Center on Aging Society (2005). How do family caregivers fare? Georgetown University – Health Policy Insitution.
- Chambers, R. et al. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive therapy and research*, 32(3), 303-322.
- Chiesa, A. e Serretti A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine* 40.08: 1239-1252.
- Chiesa, A. et al. (2013). Mindfulness: Top–down or bottom–up emotion regulation strategy?. *Clinical psychology review*, 33(1), 82-96
- Chwalisz, K. (1992). Perceived stress and caregiver burden after brain injury: A theoretical integration. *Rehabilitation Psychology*, 37(3), 189.
- Claxton, G. (2005). Mindfulness, learning and the brain. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 301-314.
- Claxton, G. (2006). Expanding the capacity to learn: A new end for education. In British Educational Research Association annual conference.
- Coelho, H. F. et al. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *Psychology of Consciousness: Theory, Resaerch and Practice*, 1(S), 97-107.
- Creswell, J. D. et al. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560-565.
- Degeneffe, C. E. (2001). Family caregiving and traumatic brain injury. *Health & social work*, 26(4), 257-268.
- Draganski, B. e May, A. (2008). Training-induced structural changes in the adult human brain. *Behavioural brain research*, 192(1), 137-142.
- Dumont, S. et al. (2010). Measurement challenges of informal caregiving: A novel measurement method applied to a cohort of palliative care patients. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1890-1895.
- Edwards, L. (2011). Biofeedback, Meditation, and Mindfulness. *Biofeedback* 39.2: 67-70.
- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. In Dalglish T. e Power M. (a cura di), *Handbook of cognition and emotion*. Sussex, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.



- Ekwall, A. K. e Hallberg, I. R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 832-844.
- Garland, E. L. et al. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of psychoactive drugs*, 42(2), 177-192.
- Garavan, H. (1998). Serial attention within working memory. *Memory & cognition*, 26(2), 263-276.
- George, L. K. e Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259
- Giommi, F. (2006). Il potere dell'attenzione: la prospettiva della mindfulness. In Bara, B. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Vol. 1-Teoria, pp. 230-258. Torino: Bollati Boringhieri.
- Giovannini, C. et al. (2014). The Italian five facet mindfulness questionnaire: a contribution to its validity and reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 415-423.
- Goldin, P. R. e Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Grossman, P. et al. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43
- Haines, J. et al. (2014). Reducing stress and anxiety in caregivers of lung transplant patients: benefits of mindfulness meditation. *International journal of organ transplantation medicine*, 5(2), 50
- Hayes, S. C. et al. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hansen, T. et al. (2013). The strains and gains of caregiving: an examination of the effects of providing personal care to a parent on a range of indicators of psychological well-being. *Social indicators research*, 114(2), 323-343.
- Hölzel, B. K. et al. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43.
- Hou, R. J. et al. (2013). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 45-53.



- Howard, D. V. e Howard, J. H. (2001). When it does hurt to try: Adult age differences in the effects of instructions on implicit pattern learning. *Psychonomic bulletin & review*, 8(4), 798-805.
- Howard, D. V. et al. (2004). Implicit sequence learning: effects of level of structure, adult age, and extended practice. *Psychology and aging*, 19(1), 79.
- Jha, A. P. et al. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119.
- Kabat-Zinn, J. (2010). Dovunque tu vada, ci sei già. *Tea*.
- Kniepmann, K. (2014). Family Caregiving for Husbands with Stroke: An Occupational Perspective on Leisure in the Stress Process. *OTJR: occupation, participation and health*, 34(3), 131-140.
- Lazar, S. W. et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893.
- Lazaridou, A. et al. (2013). Yoga and mindfulness as therapeutic interventions for stroke rehabilitation: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
- Lengacher, C. A. et al. (2012). A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 170-185.
- Li, G. et al. (2015). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*
- Lutz, A. et al. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness. *Cambridge handbook of consciousness*, 499-555.
- Lutz, A. et al. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PloS one*, 3(3), e1897
- Marks, N. F. et al. MacDermid, M. S. (2004). Family roles and well-being during the middle life course. In Brim, O. G. et al. (a cura di), *How healthy are we? A national's study of well-being at midlife* (pp. 514-549). Chicago: University Press.
- Mishel, M. H. (2014). Theories in Uncertainty in Illness. In Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2013). *Middle range theory for nursing*. Springer Publishing Company



- Moynihan, J. A. et al. (2013). Mindfulness-based stress reduction for older adults: effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*, 68(1), 34-43.
- Naranjo, J. R. e Schmidt, S. (2012). Is it me or not me? Modulation of perceptual-motor awareness and visuomotor performance by mindfulness meditation. *BMC neuroscience*, 13(1), 88.
- Orzech, K. M. et al. (2009). Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 212-222
- Ospina M. B. (2007). *Meditation practices for health: state of the research*. AHRQ: Rockville, MD
- Pakenham, K. I., & Samios, C. (2013). Couples coping with multiple sclerosis: A dyadic perspective on the roles of mindfulness and acceptance. *Journal of behavioral medicine*, 36(4), 389-400.
- Palmer, S. e Glass, T. A. (2003). Family Function and Stroke Recovery: A Review. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 255
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press. In Liotti, G. (2006), *Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni*. In Bara, B. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Vol. 1-Teoria, pp. 105-133. Torino: Bollati Boringhieri.
- Pearlin, L. I. et al. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594
- Pearlin, L. I. (1992). The careers of caregivers. *The Gerontologist*, 32(5), 647-647.
- Pearlin, L. I. et al. (1997). The forms and mechanisms of stress proliferation: The case of AIDS caregivers. *Journal of Health and Social Behavior*, 223-236.
- Pinquart, M. Sørensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-P128.
- Polk, D. M. (2005). Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia: Linking attributions and problematic integration. *Health communication*, 18(3), 257-273.
- Pruchno, R. A. e Resch, N. L. (1989). Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden. *The Gerontologist*, 29(2), 159-165.



- Selye, H. (1973). The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American scientist*, 692-699.
- Seltzer, M.M. e Li, L. W. (1996) The transition of caregiver; subjective and objective definitions. *The gerontologist* 36 (5), 614-626
- Schulz, R. e Salthouse, T. (1999). *Adult development and aging*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Schulz, R. e Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American journal of nursing*, 108(9 Suppl), 23
- Singh, N. N. et al. (2008). Mindfulness approaches in cognitive behavior therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 36.06: 659-666
- Sun, F. et al. (2010). Coping strategies and caregiving outcomes among rural dementia caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(6), 547-567
- Tarlow, B. J. et al. (2004). Positive Aspects of Caregiving Contributions of the REACH Project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on aging*, 26(4), 429-453.
- Toljamo, M. et al. (2012). Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(2), 211-218.
- Posner, M. I. e Rothbart, M. K. (2007). Research on attention networks as a model for the integration of psychological science. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 1-23.
- Posner, M. I. e Petersen, S. E. (1989). *The attention system of the human brain*, No. TR-89-1, Washington Univ St Louis Mo Dept of Neurology
- Prakash, R. S. et al. (2014). Mindfulness and the aging brain: a proposed paradigm shift. *Frontiers in aging neuroscience*, 6.
- Raz, A. e Buhle, J. (2006). Typologies of attentional networks. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(5), 367-379
- Rothwell, N. (2006) The different facets of mindfulness. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy* 24.1: 79-86
- Rueda, M. R. et al. (2005). The development of executive attention: Contributions to the emergence of self-regulation. *Developmental neuropsychology*, 28(2), 573-594
- Segal, Zindel V. et al. (2006). *Mindfulness: al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri.



- Semple, R. J. et al. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, D. J. (2009). *Mindfulness e cervello*. G. Amadei (a cura di). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Simpson, T. L. et al. (2007). PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 239-249
- Stillman, C. M. et al. (2014). Dispositional mindfulness is associated with reduced implicit learning. *Consciousness and cognition*, 28, 141-150
- . Summerfield, C. et al. Egner, T. (2009). Expectation (and attention) in visual cognition. *Trends in cognitive sciences*, 13(9), 403-409.
- Singh, A. N. A. et al. (2013). Conference Scene: Advances in mindfulness research. *Neuropsychiatry*, 3(5), 467-470.
- Tanay, G. et al. Bernstein, A. (2013). State Mindfulness Scale (SMS): development and initial validation. *Psychological assessment*, 25(4), 1286.
- Tang, Y. Y. et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152-17156.
- Teasdale, J. D. et al. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- Tulane University Mental Health Resources (2011). *Mindfulness Workbook* (disponibile online all'indirizzo: <http://tulane.edu/health/wellness/upload/MBSR-Workbook.pdf>).
- Turner, K. (2009). Mindfulness: The present moment in clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 37(2), 95-103
- Unson, C. et al. (2015). Dementia and Caregiver Stress: An Application of the Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory. *Issues in mental health nursing*, 36(6), 439-446.
- van den Hurk, P. A. et al. (2010). Mindfulness meditation associated with alterations in bottom-up processing: psychophysiological evidence for reduced reactivity. *International Journal of Psychophysiology*, 78(2), 151-157.



- Vitaliano, P. P. et al. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946.
- Wachs, K. e Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family therapy*, 33(4), 464-481.
- Waelde, L. C. et al. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal of clinical psychology*, 60(6), 677-687
- Wayment, H. A., Wiist, B. et al. (2011). Doing and being: Mindfulness, health, and quiet ego characteristics among Buddhist practitioners. *Journal of happiness studies*, 12(4), 575-589.
- Westbrook, C. et al. (2013). Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 73-84.
- Williams, J. M. G. et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1), 275-279