

La mindfulness è uno strumento di prevenzione primaria o secondaria? Primi risultati di un intervento psicologico in un gruppo di soggetti sani

Isidoro Annino* Yannick Hainaut** Elisa Ponzio***

Una serie di studi clinici ha da tempo dimostrato l'efficacia degli Interventi psicologici basati sulla piena coscienza (IBPC), la *mindfulness* degli anglosassoni, nella prevenzione delle ricadute depressive in pazienti in remissione da episodi depressivi maggiori ricorrenti, nel trattamento di turbe depressive croniche ricorrenti, delle turbe ansiose generalizzate, della bulimia, dello stress psicologico e del nervosismo, nonché del deficit di attenzione con iperattività. Un miglioramento della qualità della vita in risposta a questo tipo di interventi è stato osservato in soggetti affetti da dolore cronico, fibromialgia, cancro, e ancora nella riabilitazione cardiaca negli adulti e nei bambini ed adolescenti affetti da malattie croniche invalidanti. Nell'ambito di campioni non clinici, l'apprendimento della piena coscienza è associato ad una riduzione del livello di psicopatologia generale, ad una riduzione dell'intensità e della frequenza delle emozioni negative, ad una diminuzione del livello generale d'ansia.

Anche se i programmi di apprendimento della piena coscienza possono essere qualificati di intervento psicologico, la comunità scientifica è d'accordo oggi sul fatto che questo intervento non costituisce una forma di psicoterapia (1).

Sebbene le terapie psicologiche dette di “terza generazione” riposino in gran parte sull’inclusione di esercizi di piena coscienza, i programmi di apprendimento esclusivamente basati sulla piena coscienza, cioè MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) e MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction),

costituirebbero, secondo alcuni, prima di tutto degli interventi psicologici di prevenzione primaria e secondaria (2). In questo senso, meritano di essere citati tra gli altri : lo studio clinico controllato di Shapiro e coll. (3), che hanno valutato se le persone in possesso di livelli elevati di capacità di attenzione potessero beneficiare di un intervento di MBSR, mostrando che, rispetto ad un gruppo di controllo, soprattutto nei soggetti con maggiori livelli attenzionali di partenza, il trattamento ha degli effetti importanti su più aspetti, compreso l’aumento della capacità di attenzione, il benessere soggettivo e l’empatia misurata dopo 2 e 12 mesi dopo il trattamento; ancora, gli studi che hanno valutato gli effetti di IBPC su professionisti della sanità e gruppi di insegnanti per verificare l’eventuale abbattimento degli effetti dello stress e l’aumento del benessere soggettivo, hanno evidenziato un netto miglioramento della sensazione di rilassamento e della soddisfazione in rapporto alla vita, nonché una specifica tendenza ad una migliore capacità di gestione delle emozioni (4); infine, alcune metanalisi, come quella condotta da Grossman e coll. (5), hanno confermato che questo tipo di interventi è in grado di rinforzare le caratteristiche generali per far fronte agli stress della vita quotidiana ed alle turbe connesse con situazioni di stress grave. In realtà, allo stato, non sono molti gli studi sperimentali che hanno preso in considerazione gli effetti della Mindfulness nel campo della della vita di popolazioni generali sane. Per queste motivazioni abbiamo ritenuto interessante condurre uno studio destinato a valutare gli effetti, immediati e a distanza di tre e sei mesi, sulla percezione della salute e la qualità della vita, di un intervento di Mindfulness in gruppi di popolazione eterogenea

di adulti sani. Il nostro obiettivo è stato primariamente quello di verificare la possibilità che questa pratica possa rappresentare, oltre a quanto già noto, anche un pratico e valido strumento di promozione della salute.

Il presente articolo si riferisce ai primi risultati, cioè a quelli ottenuti alla conclusione del periodo di apprendimento di 8 settimane di un primo gruppo di praticanti, mentre per i risultati del follow-up a 3 e 6 mesi dalla conclusione della formazione e per quelli di ulteriori gruppi rimandiamo ad una successiva pubblicazione.

Metodi

Lo studio sperimentale, prospettico, longitudinale è stato attivato nel Novembre 2013 e ne è dunque tuttora in corso il follow-up. Esso ha previsto una variabile inter-soggetti (soggetti ad iscrizione spontanea aperta): gruppo di partecipanti vs gruppo controlli (partecipanti potenziali in lista di attesa per successivi gruppi) appaiati uno a uno per sesso, età (+2 a.) e categoria professionale; e una variabile intra-soggetto (pre-test vs post-test). L'intervento basato sulla piena coscienza ha una durata di 8 settimane e consiste in 8 sessioni in gruppo di 2 ore e 30 minuti. Esso è basato sul manuale di Segal e coll. (6), predisposto per la prevenzione delle ricadute depressive, ma è stato adattato per le conseguenze legate allo stress psicologico ed all'ansia, introducendo, secondo le indicazioni di Kabat-Zinn (7), la psico-educazione nelle sessioni 4 e 5. Nel corso delle sedute di gruppo vengono insegnate e praticate numerose e svariate forme di meditazione : scan corporale, piena coscienza della respirazione, esercizi di hata yoga, meditare mangiando, meditazione dei suoni e dei pensieri, marcia cosciente. I tempi di classe sono suddivisi tra la pratica, piccole e grandi discussioni di gruppo sulle esperienze dei partecipanti nel corso delle pratiche meditative, in sede, a domicilio, e nella vita quotidiana, ed attività di rinforzo delle competenze di piena coscienza al fine di: migliorare la

consapevolezza del proprio corpo e della propria mente; rimpiazzare le reazioni automatiche con risposte consapevolmente scelte; realizzare una maggiore consapevolezza nelle abilità di comunicazione interpersonale. Per le pratiche a domicilio i partecipanti hanno ricevuto dei files audio, appositamente registrati dall'istruttore certificato, e sono stati invitati a praticare per almeno 45 minuti al giorno per i 6 giorni tra una sessione e l'altra. Al fine di registrare quotidianamente tale attività pratica i partecipanti hanno ricevuto degli appositi fogli di auto-osservazione che sono stati di volta in volta raccolti in occasione delle sessioni di gruppo.

Prima di essere ammessi al gruppo, gli iscritti sono stati invitati ad una seduta di valutazione con l'istruttore certificato. Nel corso della stessa essi hanno compilato i questionari pre-test e sono stati indagati, secondo le indicazioni della letteratura,

per i seguenti criteri di esclusione alla partecipazione: dissociazione, turbe bipolari non stabilizzate, sequele psicologiche di abuso fisico, emozionale o sessuale non trattate, depressione grave in fase acuta, attacchi di panico violenti ricorrenti, turbe psicotiche (allucinazioni, deliri, etc.), dipendenze patologiche da droghe o sostanze psicoattive, lesioni cerebrali note, tumore cerebrale, uso di psicotropi. Inoltre è stato ottenuto, sia per i partecipanti che per i controlli, un consenso informato alla partecipazione allo studio sperimentale. Nel corso di una sessione preliminare, i soggetti selezionati a far parte del gruppo dei praticanti hanno assistito ad un incontro informativo sulle basi scientifiche della Mindfulness e sul programma di svolgimento dell'intervento, con un marcato invito alla pratica quotidiana della Mindfulness nel corso del periodo di apprendimento e successivamente allo stesso. Il gruppo di cui si riferisce nel presente lavoro, dopo alcune esclusioni connesse con i citati criteri, è risultato costituito da 13

soggetti (11 donne e 2 uomini), con un'età media di 51 anni ed appartenenti prevalentemente alle categorie degli insegnanti e degli impiegati. Corrispondentemente il gruppo dei 13 controlli aveva un'età media di 50,8 anni ed identica distribuzione di sesso e professionalità. I questionari pre-test/post-test utilizzati per lo studio, tutti validati, sono del tipo autosomministrato: per la valutazione della salute mentale, il Symptom Check-list-90 revisionato (8) (SCL-90-R); per la percezione della qualità della vita, il WHOQOL-Short (9); per lo stile di ruminazione mentale, una specifica modalità di pensare che quando disadattiva, è caratterizzata da una forma di pensiero ripetitivo che consiste nel rimuginare su sintomi sgradevoli ed esperienze interiori negative, e che è presente, anche, in molti disturbi mentali, il Mini-CERTS (10); infine, per la misura delle capacità di essere in stato di piena coscienza, è stato usato il Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (11). Gli stessi questionari sono stati somministrati ai partecipanti ed ai loro controlli, raggiunti per via elettronica, al termine delle 8 sessioni (in media dopo 56,5 giorni).

Risultati

Prima dello svolgimento dell'IBPC le analisi dei questionari somministrati ai due gruppi di partecipanti e di controlli non mostravano significative differenze tra i soggetti coinvolti circa i diversi parametri in studio. Durante le 8 settimane di apprendimento i partecipanti hanno dimostrato, attraverso la compilazione dei fogli di auto-osservazione, di aver seguito con molta assiduità le istruzioni ricevute per le pratiche a domicilio : la percentuale media di pratica meditativa è stata del 82% (intervallo : 58-100%) e quella di pratica respiratoria del 71% (intervallo : 50-99%).

I risultati ottenuti dopo il periodo di svolgimento dell'IBPC sono in questa sede, per brevità espositiva, così riassumibili : •!!!!!! La Salute mentale!: la gravità globale dei sintomi percepiti nel gruppo dei partecipanti si è ridotta in media,

in modo statisticamente altamente significativo (a.s.), del 64%, contro una riduzione del 16% nei controlli; in particolare i disturbi da somatizzazione si sono abbassati mediamente del 38% (a.s.), contro un non significativo (n.s.) 5% tra i controlli (c); quelli da depressione si sono ridotti del 34% (a.s.) (c : 6% n.s.); e quelli da ansietà del 40% (a.s.) (c : 5% n.s.); ·!!!!!! La Qualità della vita percepita : è cresciuta, come dato generale, tra i partecipanti di un statisticamente significativo (s) +13% (c : + 6 n.s.); come valore di Salute fisica di un + 31% (a.s.) (c : +2% n.s.); come dato di Salute biologica di un +16% (a.s.) (c : -4% n.s.); come misura di Salute psicologica di un +19% (a.s.) (c : +1% n.s.); come valore concernente le Relazioni sociali di un +7% (s) (c : 2% n.s.); ed, infine, come dato relativo alle Condizioni! ambientali di un! 9% (a.s.) (c : +1 n.s.); ·!!!!!! La Ruminazione mentale : la dimensione relativa alla ruminazione disadattiva, con le sue conseguenze ed implicazioni passive ed improduttive, si è ridotta in media del 22% (a.s.) tra i partecipanti e di un 5% (n.s.) tra i controlli; corrispondentemente la cosiddetta ruminazione adattiva, quella utile e costruttiva per il controllo dei disturbi dell'umore, è aumentata del 19% (a.s.) nei primi e diminuita di un 4% (n.s.) nei secondi; ·!!!!!! La Capacità a vivere in piena coscienza, suddivisa nelle sue cinque componenti fondamentali, ha subito importanti e positive modifiche : con la capacità di Osservazione, misurata come abilità a percepire le esperienze interne e quelle esterne (sensazioni, sentimenti, emozioni, suoni, odori, etc.), cresciuta mediamente del 14% (a.s.) (c : -3%, n.s.); la capacità di Descrizione, cioè l'attitudine a saper etichettare le esperienze interne, aumentata di un 13% (s) (c : -1% n.s.); la capacità ad Agire con consapevolezza, che comprende il non essere preda del proprio pilota automatico, sviluppatasi del 25% (a.s.) (c : 1% n.s.); la capacità a Non giudicare l'esperienza interiore, cioè l'attitudine a non valutare i propri pensieri e sentimenti, passata ad un + 21% (a.s.)

(c : +3% n.s.); ed, infine, la capacità a Non reagire all'esperienza interiore, cioè la tendenza a permettere ai pensieri ed ai sentimenti di andare e venire liberamente, che è esplosa di un +33% (a.s.) (c : +3 n.s.).

Conclusioni

I primi risultati di questo nostro studio clinico controllato, in accordo con altri studi (12), (13), dimostrano, al termine del programma di 8 settimane di un intervento psicologico basato sulla piena coscienza, che i soggetti praticanti riconoscono un netto e statisticamente significativo miglioramento dei livelli percepiti di qualità della vita, sia in senso fisico, che biologico, che psichico ed una consistente diminuzione dei sintomi da stress psicologico. In particolare, sono state evidenziate riduzioni significative dei livelli di somatizzazione, di ansietà e di depressione ed è stato confermato il fatto che la formazione della piena coscienza sviluppa una competenza di base nell'autoregolazione psicologica e nella capacità ad essere consapevoli di quel che accade nel qui ed ora. La valutazione del pensiero ruminante ha dimostrato la netta riduzione della componente disadattiva e ripetitiva e la crescita di quella adattiva. Come noto queste due dimensioni sono moderatamente e negativamente correlate, poiché

l'aumento della seconda inibisce l'altra e consente alla persona di riacquisire il controllo sul flusso dei propri pensieri dai quali apprende a distaccarsi limitandosi ad osservarli ed a lasciarli andare, senza esserne catturato e senza lasciarsi travolgere dalle emozioni che questi portano sempre con loro. In tal senso, con i suoi numerosi cambiamenti positivi in ambito psichico, questo studio conferma l'idea che l'allenamento ad uno stato di piena coscienza inibisca la trasformazione secondaria e più elaborativa del pensiero (14).!

Un'esame minuzioso delle schede di auto-osservazione sulle

pratiche effettuate a domicilio, compilate quotidianamente dai partecipanti, ha confermato la stretta associazione esistente tra l'assiduità e la qualità delle pratiche meditative e respiratorie dei singoli ed i miglioramenti da ciascuno di essi ottenuti. Cambiamenti percepiti nella tensione muscolare corporea e nei sentimenti di benessere e di trasformazione positiva dello stato psichico sono stati rilevati, fin dalle prime settimane, nei praticanti più attenti e perseveranti, ed hanno continuato a progredire successivamente, lungo tutto il periodo delle 8 settimane di pratica meditativa, estendendosi all'ambiente di vita e di lavoro degli stessi. A nostro avviso, questi indubbi effetti di prevenzione primaria e secondaria della Mindfulness, dovrebbero incitare i medici : da una parte, come uno di noi ebbe già modo di affermare nel lontano 2008 in occasione del I Congresso Nazionale della Società Italiana di Psico Neuro Endocrino Immunologia (15), a prendere in considerazione e diffondere tra la popolazione, al fine di promuovere la propria salute, l'utilizzo anche di questo strumento, tra gli altri più tradizionalmente noti a disposizione dell'individuo – attività fisica, corretta alimentazione, comportamenti sani, etc.-; dall'altro, ad integrare i trattamenti biomedici classici dei soggetti che soffrono di psicopatologie in fase iniziale e di grado modesto, con approcci meno convenzionali e più olistici come quello, appunto, degli Interventi psicologici basati sulla piena coscienza. Sarà interessante vedere cosa accade ai soggetti partecipanti nel corso del periodo successivo alla fase di formazione. Quanti di loro sapranno effettivamente perseverare nella pratica meditativa anche dopo 3 e 6 mesi ? Quanti avranno fatto di essa una abitudine irrinunciabile ? Quali ulteriori benefici ne possono derivare ? Ed, al contrario, quali sono gli eventuali ostacoli all'installazione di questo "stile di vita" per promuovere la propria salute ? Ci auguriamo di trovare le giuste risposte a queste domande grazie alle valutazioni che potranno derivare dal follow-up in corso.

Bibliografia

1.!!!! Öst L. G., *Efficacy of the third wave of behavioural therapies : A systematic review and meta-analysis*. Behaviour Research and Therapy, 2008, 46, pgg. 296-321.

2.!!!! Heeren A. et Philippot P., *Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique*.!Revue québécoise de psychologie, 2010, 31(3), pgg. 37-61.

3.!!!! Shapiro S.L., Brown K.W., Thoresen C. and Plante T.G., *The Moderation of Mindfulness-Based*

Stress Reduction Effects by Trait Mindfulness: Results From a Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Psychology, 2011, 67(3), pgg. 267–277. 4.!!!! Poulin P.A., Mackenzie C.S., Soloway G. & Karayolas E., *Mindfulness training as an evidenced- based approach to reducing stress and promoting wellbeing among human services professionals*. International Journal of Health Promotion & Education, 2008, 46, 2, pgg. 35-43.

5.!!!! Grossman P., Niemann L., Schmidt S. & Walach H., *Mindfulness-based stress reduction and health benefits!: A meta-analysis*. Journal of Psychosomatic Research, 2004, 57, pgg. 35–43. 6.!!!! Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D., *Mindfulness-based cognitive therapy for dépression : A new approach to preventing relapse*,! Guilford Press, New York, 2002.

7.!!!! Kabat-Zinn J., *An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation : Theoretical considerations and preliminary results*. General Hospital Psychiatry, 1982, 4, pgg. 33-47.

8.!!!! Derogatis L.R., *SLC 90R Version Manual 1*. Clinical Psychometrics Research Unit – John Hopkins University School

of Medicine, 1997. 9!!!! Skevington S.M., Lotfy M. & O'Connell K.A., *The World Health Organization's WHOQOL- BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial*. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 2004, 13, pgg. 299–310.

10.! Barnard P., Watkins E., Mackintosh B. & Nimmo-Smith I., *Getting stuck in a mental rut: Some process and experiential attributes*. Paper presented at the 35th congress of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Brighton, England, 2007.

11.! Baer R. A., Smith G. T., Hopkins J., Krietemeyer J. & Toney L., *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness*. *Assessment*, 2006, 13, pgg. 27–45.

12.! Williams K. A., Kolar M. M., Reger B. E. & Pearson J. C., *Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial*. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15, pgg. 422–432.

13.! Reibel D.K., Greeson J.M., Brainard G.C. & Rosenzweig S.R., *Mindfulness-based stress reduction and healthrelated quality of life in a heterogeneous patient population*. Jefferson Myrna Brind Center of Integration Medicine Faculty Papers. Paper 2, 2001.

14.! Kingston T., Dooley B., Bates A., Lawlor E. & Malone K., *Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms*. *Psychology and Psychotherapy-Theory, Research and Practice*, 2007, 80, pgg. 193–203.

15.! Annino I., *Ripensare Igea. Promuovere la salute nell'Era delle evidenze scientifiche della ricerca in campo Pnei*. In *Geni e comportamenti!: scienza ed arte della vita*, Red Ed., Milano 2009, pgg. 131-138.