

MINDFULNESS E LUTTO

<http://congressoaiamc.iwatson.com/>

CONGRESSO AIAMC TORINO SETTEMBRE 2015

DOTT. SILVIA BIANCHI

MINDFULNESS E LUTTO IN DIFFERENTI CONTESTI:

articoli scientifici
gruppi sul lutto
elaborazioni del lutto individuali
presa in carico della intera famiglia
formazione ai professionisti
lutto in cure palliative
lutto nel quotidiano



Te/i
2012

MINDFULNESS E LUTTO

- ARTICOLI **SCIENTIFICI** IN INGLESE

Issues Ment Health Nurs. 2015 Mar;36(3):222-30. doi: 10.3109/01612840.2014.962676

Mindfulness-based Intervention for Perinatal Grief after Stillbirth in Rural India.

Roberts LR1, Montgomery SB.

Author information

Abstract

We explored the concept of using a Mindfulness-based intervention to reduce perinatal grief among Indian women. Data were collected using mixed methods to explore concept acceptability, receptivity, modality, and feasibility of the intervention. The intervention was piloted and evaluated with measures of perinatal grief, psychosocial wellbeing, religious coping, perceived social provision of support, and mindfulness. The intervention was well received and effective in teaching skills to help women deal with high levels of grief and subsequent mental health challenges. To overcome attendance barriers modification is necessary. Partnership with a local nursing school is critical to enhance sustainability of the intervention.

PMID: 25898268 [PubMed - in process]

LO STUDIO ESPLORA L'UTILITA' DELLA MINDFULNESS(MBSR) IN DONNE INDIANE A CUI ERA NATO UN BAMBINO MORTO:

**L'INTERVENTO HA MOSTRATO L'EFFICACIA DI QUESTI METODI USATI
PER AFFRONTARE IL FORTE LUTTO E DOLORE E LE TRASFORMAZIONI
NECESSARIE PER I CAMBIAMENTI NELLA DIREZIONE DELLA SALUTE
SEGUENTI**

J Palliat Med. 2013 Nov;16(11):1410-6. doi: 10.1089/jpm.2013.0050.

Determinants of the effect of existential behavioral therapy for bereaved partners: a qualitative study.

Kögler M1, Brandl J, Brandstätter M, Borasio GD, Fegg MJ.

Author information

Abstract

BACKGROUND:

Informal caregivers of palliative patients took part in existential behavioral therapy (EBT), a group intervention comprising mindfulness exercises to reduce psychological distress and improve quality of life.

OBJECTIVES:

This study examined what the participants perceived as helpful to cope with their loss during the first year of bereavement, particularly with regard to the EBT intervention.

DESIGN:

Sixteen problem-centered, semi-structured interviews were evaluated with content analysis.

RESULTS:

Two main categories were found: social support and self-regulation. Social support includes sense of belonging as well as emotional, cognitive, and practical help experienced from others. Mindfulness and acceptance, a clear focus on the positive, and orientation toward the future were helpful strategies of self-regulation; these were also part of the EBT intervention. Mindfulness was understood as permitting emotions and acceptance of one's inner processes, even if they were not pleasant, and was found to be helpful to stop ruminative thinking.

CONCLUSIONS:

The categories considered as being helpful parallel core elements of EBT and recent grief theories. The intervention was found to be supportive and met the needs of the participants. The interviewees appreciated the continuity of EBT support from palliative care into bereavement.

PMID: 24215249 [PubMed - indexed for MEDLINE]

**LO STUDIO ESPLORA COSA HANNO
TROVATO EFFICACE NELLA EBT PER IL
DOLORE DEL LUTTO I PARTNER DI
PAZIENTI VICINI ALLA MORTE E DOPO
LA LORO MORTE:**

**L'AUTOREGOLAZIONE : IN PARTICOLARE
RISPETTO ALLA MINDFULNESS(PARTE DELLA EBT)
I SOGGETTI L'HANNO TROVATA UTILE PER
L'ACCETTAZIONE DEL PROPRIO PROCESSO DI
LUTTO, ACCETTAZIONE ANCHE DI CIO' CHE NON
ERA PIACEVOLE O ERA MOLTO DIFFICILE ED E'
STATA PERCEPITA COME UTILE PER FERMARE LE
RUMINAZIONI MENTALI**

We have therefore developed *existential behavioral therapy (EBT; the manualized intervention comprises six weekly group meetings with a total of 22 hours)* to support informal caregivers of palliative patients in the last stage of life and during acute bereavement:

- 1. Meeting: to get to know each other, introduction into mindfulness.**
- 2. Meeting: death, bereavement, and mindfulness.**
- 3. Meeting: activating resources and finding meaning**
- 4. Meeting: self-care and stress management**
- 5. Meeting: personal values for (re-)orientation**
- 6. Meeting: saying goodbye and new steps.**

In EBT, mindfulness is a core element of the intervention. Originating in Buddhist meditation, mindfulness in this context means focusing the attention on the present experience with a nonjudgmental, accepting attitude. Mindfulness practice can help to distance oneself from ruminative thoughts and painful feelings. In EBT, mindfulness was practiced during every session through following one's breath while noticing and letting go of all thoughts, feelings, and sensations. The participants were given a CD and were encouraged to practice at home formally twice a day for at least 10 minutes as well as informally by mindfully performing daily activities (e.g., brushing teeth, walking, garden work).

In an RCT, EBT showed positive long-term effects on quality of life and psychological stress reduction. One hundred sixty relatives took part in this study (EBT intervention: n=81, treatment-as-usual control group: n = 79). Medium to large effects on anxiety and quality of life were found posttreatment (p = 0.005); medium effects on depression and quality of life still emerged in the 12-month follow-up (p = 0.05).

LA MINDFULNESS E' IL CUORE DEL EBT:

E' STATO DATO IL CD A CASA, E' STATO CHIESTO
DI FARE LA PRATICA DI MINDFULNESS 10 MINUTI
2 VOLTE AL GIORNO PIU' LA MINDFULNESS
NELLE PROPRIE ATTIVITA' QUOTIDIANE
160 PARTNER ERANO PARTE DELLA RICERCA

Death Stud. 2012 Jan;36(1):61-82.

ATTEND: toward a mindfulness-based bereavement care model.

Cacciatore J1, Flint M2.

Author information

Abstract

Few, if any, mindfulness-based bereavement care models exist. *The ATTEND (attunement, trust, touch, egalitarianism, nuance, and death education)* model is an interdisciplinary paradigm for providers, including physicians, social workers, therapists, nursing staff and others. Using a case example to enhance the breadth and depth of understanding, this article focuses on attunement as a means to moderate the negative effects of traumatic bereavement, support the framework for posttraumatic growth in the bereaved, improve psychological outcomes for providers, and set the stage for the other aspects of the ATTEND model.

PMID: 24567995 [PubMed - indexed for MEDLINE]

ATTEND

attunement, trust, touch, egalitarianism, nuance,
and death education

sintonia ,

fiducia ,

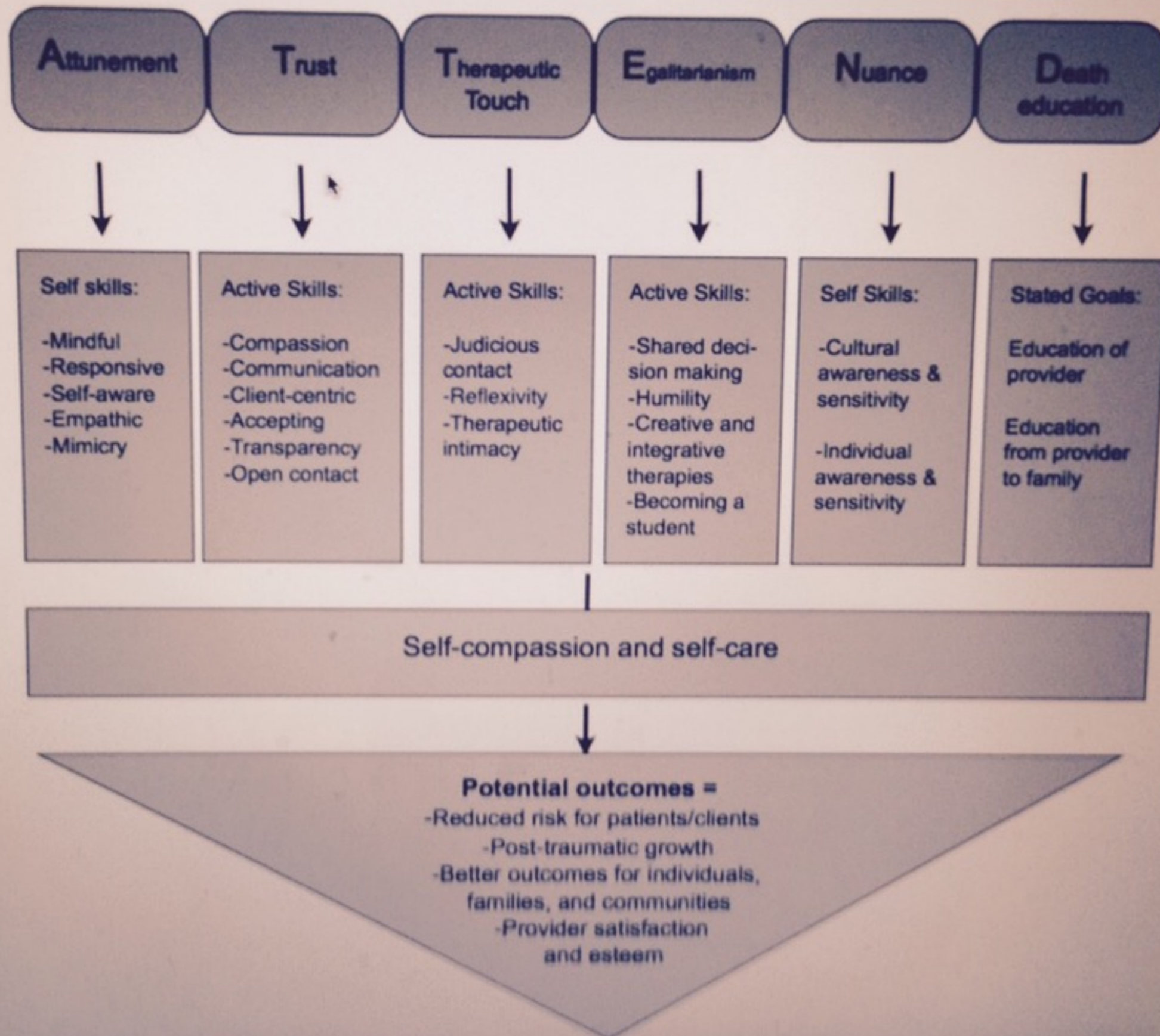
il tatto,

l'egalitarismo(parità,rispetto)

sfumature ,

ed educazione alla morte

ATTEND: Mindfulness-based Bereavement Care (MBC) Model



ATTEND

Attend (attivazione , la fiducia , il tatto, l'egalitarismo , sfumatura , e educazione alla morte) è *un modello che è un paradigma interdisciplinare* per i **PROFESSIONISTI DELLA SALUTE** , compresi i medici , assistenti sociali , terapeuti , infermieri e altri
the

ATTEND(attunement, trust, touch, egalitarianism, nuance, and death education) model is an interdisciplinary paradigm for providers, including physicians, social workers, therapists, nursing staff and others.

Semin Fetal Neonatal Med. 2013 Apr;18(2):76-82. doi: 10.1016/j.siny.2012.09.001. Epub 2012 Oct 4.

Psychological effects of stillbirth.

Cacciatore J1.

Author information

Abstract

Despite the high prevalence globally, the death of a baby to stillbirth is an often misunderstood and disenfranchised loss. Mothers, fathers, and families struggle to cope with the immediate and long-lasting effects of a baby's death which can last for years and sometimes decades. In addition, providers can be adversely affected by stillbirth, particularly when met with experiential avoidance and a sense of guilt and failure. There is little evidence on intervention efficacy in acute grief following perinatal death; however, there is a growing body of scientific literature on the efficacy of mindfulness-based interventions in treating anxiety, depression, and other biopsychosocial maladies as well as improving patient satisfaction with psychosocial care. This paper explores one such intervention model, ATTEND (attunement, trust, therapeutic touch, egalitarianism, nuance, and death education), as a means to improve psychosocial care during both acute and chronic states of bereavement. Whereas the death of a baby to stillbirth is the ultimate paradox for providers and patients - the convergence of life and death and the fundamental contradiction it represents - with proper care and compassion, families stand a better chance in the face of such indescribable loss and they need not suffer alone.

Published by Elsevier Ltd.

PMID: 23040157 [PubMed - indexed for MEDLINE]

ATTEND :

**MODELLO BASATO SULLA MINDFULNESS NEL
LUTTO CRONICO E ACUTO DOPO L'ESPERIENZA
PER GLI OPERATORI E LE FAMIGLIE DELLA
NASCITA DI UN BAMBINO MORTO**

.....

-Mindfulness-based techniques such as ATTEND foster deeper self-awareness and provide a framework through which physicians, nurses, social workers, and other professionals may be able to approach painful experiences with the traumatic deaths of patients rather than to avoid them.

.....

-Providers using a mindfulness-based model can improve their tolerance for adverse and traumatic events through self-care and compassion. The ATTEND model emphasizes provider self-care to alleviate the risk of emotional exhaustion, existential loneliness, provider guilt, and secondary trauma.

....

**-LE TECNICHE BASATE SULLA MINDFULNESS COME ATTEND
MIGLIORANO E APPROFONDISCONO
L'AUTOCONSAPEVOLEZZA CREANDO UN CONTESTO(SPAZIO)
NEL QUALE I PROFESSIONISTI(MEDICI, INFERMIERE,
ASSISTENTI SOCIALI E ALTRI) RENDONO POSSIBILE
APPROCCIARE I SENTIMENTI DOLOROSI DEI PAZIENTI(ES DEI
GENITORI DOPO LA MORTE DEL BAMBINO)INVECE CHE
EVITARLI**

**-LA MINDFULNESS AIUTA I PROFESSIONISTI AD AUMENTARE LA
RESILIENZA E TOLLERANZA PER EVENTI TRAUMATICI E
AVVERSI. IL MODELLO ATTEND è CENTRATO SULL'AIUTO PER
IL PROFESSIONISTA AL PRENDERSI CURA DI SE ED EVITARE
L'ESAURIMENTO EMOTIVO, LA SOLITUDINE ESISTENZIALE, IL
SENSO DI COLPA E IL LUTTO SECONDARIO**

J Psychosoc Oncol. 2011;29(6):643-56. doi: 10.1080/07347332.2011.615382.

Mindfulness: existential, loss, and grief factors in women with breast cancer.

Tacón AM1.

Author information

Abstract

Although a plethora of studies exist as to the efficacy of mindfulness-based interventions with cancer patients, existential, loss, and grief factors are absent. The primary purpose of this exploratory study was to add to the literature by exploring the pre-post effects of an 8-week mindfulness-based intervention on existential well-being, summed self-identified losses, and grief scores as well as assess mental adjustment to cancer; also, 6-month follow-up data as to intervention maintenance were obtained. Sixty-five women, all of whom had been diagnosed with breast cancer within the past 12 months, participated in this study. The data indicated significant improvements for existential well-being, number of self-identified losses, grief scores as well as three mental adjustment styles. Six-month follow-up revealed that of the 58 responding participants, 88% were maintaining mindfulness strategies at varying schedules on a weekly basis with mindfulness-based walking as the preferred strategy. This is the first known mindfulness-based intervention study to investigate existential, loss, and grief factors in those with cancer. Further investigations earnestly are needed in this area to provide full psychosocial care to those confronting cancer.

PMID: 22035537 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Primo articolo che mostra gli effetti di un MBSR sulla sofferenza esistenziale , i lutti(le perdite) in donne con tumore al seno:

diminuzione del dolore esistenziale e del dolore legato alle perdite . A sei mesi di distanza l'88% delle donne continuano ad utilizzare pratiche di mindfulness con preferenza per la meditazione camminata. Altre ricerche in questo campo sono necessarie

Palliat Support Care. 2009 Dec;7(4):405-14. doi: 10.1017/S1478951509990411.

Impact of a contemplative end-of-life training program: being with dying.

Rushton CH1, Sellers DE, Heller KS, Spring B, Dossey BM, Halifax J.

Author information

Abstract

OBJECTIVE:

Health care professionals report a lack of skills in the psychosocial and spiritual aspects of caring for dying people and high levels of moral distress, grief, and burnout. To address these concerns, the "Being with Dying: Professional Training Program in Contemplative End-of-Life Care" (BWD) was created. The premise of BWD, which is based on the development of mindfulness and receptive attention through contemplative practice, is that cultivating stability of mind and emotions enables clinicians to respond to others and themselves with compassion. This article describes the impact of BWD on the participants.

METHODS:

Ninety-five BWD participants completed an anonymous online survey; 40 completed a confidential open-ended telephone interview.

RESULTS:

Four main themes—the power of presence, cultivating balanced compassion, recognizing grief, and the importance of self-care—emerged in the interviews and were supported in the survey data. The interviewees considered BWD's contemplative and reflective practices meaningful, useful, and valuable and reported that BWD provided skills, attitudes, behaviors, and tools to change how they worked with the dying and bereaved.

SIGNIFICANCE OF RESULTS:

The quality of presence has the potential to transform the care of dying people and the caregivers themselves. Cultivating this quality within themselves and others allows clinicians to explore alternatives to exclusively intellectual, procedural, and task-oriented approaches when caring for dying people. BWD provides a rare opportunity to engage in practices and methods that cultivate the stability of mind and emotions that may facilitate compassionate care of dying patients, families, and caregivers.

Palliat Support Care. 2009 Dec;7(4):405-14. doi: 10.1017/S1478951509990411.

Impact of a contemplative end-of-life training program: being with dying.

Rushton CH1, Sellers DE, Heller KS, Spring B, Dossey BM, Halifax J.

Author information

Abstract

OBJECTIVE:

Health care professionals report a lack of skills in the psychosocial and spiritual aspects of caring for dying people and high levels of moral distress, grief, and burnout. To address these concerns, the "Being with Dying: Professional Training Program in Contemplative End-of-Life Care" (BWD) was created. The premise of BWD, which is based on the development of mindfulness and receptive attention through contemplative practice, is that cultivating stability of mind and emotions enables clinicians to respond to others and themselves with compassion. This article describes the impact of BWD on the participants.

METHODS:

Ninety-five BWD participants completed an anonymous online survey; 40 completed a confidential open-ended telephone interview.

RESULTS:

Four main themes—the power of presence, cultivating balanced compassion, recognizing grief, and the importance of self-care—emerged in the interviews and were supported in the survey data. The interviewees considered BWD's contemplative and reflective practices meaningful, useful, and valuable and reported that BWD provided skills, attitudes, behaviors, and tools to change how they worked with the dying and bereaved.

SIGNIFICANCE OF RESULTS:

The quality of presence has the potential to transform the care of dying people and the caregivers themselves. Cultivating this quality within themselves and others allows clinicians to explore alternatives to exclusively intellectual, procedural, and task-oriented approaches when caring for dying people. BWD provides a rare opportunity to engage in practices and methods that cultivate the stability of mind and emotions that may facilitate compassionate care of dying patients, families, and caregivers.

PMID: 19939303 [PubMed - indexed for MEDLINE]

LA MINDFULNESS NELLE CURE PALLIATIVE

Silvia Bianchi, *psicologa, psicoterapeuta, insegnante mindfulness e dharma*

www.silviabianchi.com

www.mindfulnesssemeditazione.com

Torino Marzo 2015

Evento formativo residenziale

TITOLO

APPLICAZIONI CLINICHE DELLA MINDFULNESS NEL SERVIZIO SANITARIO

DATA E ORARIO

12 Marzo 2015 dalle 09.00 alle 17.00

SEDE DEL CORSO

SALA CONVEGNI

AOU San Luigi Gonzaga – Orbassano (TO)

Corso Accreditato ECM Crediti calcolati: 5

ARTICOLI SCIENTIFICI MINDFULNESS NELLE CURE PALLIATIVE

- ANCORA NON MOLTI DATI QUANTITATIVI
- ALCUNI ARTICOLI SCIENTIFICI QUALITATIVI
- DIVERSE ESPERIENZE CLINICHE TRA QUESTE:
Calgary University, Canada(Linda Carlson); Zen
hospice di San Francisco,USA (Frank Ostasesky e
Metta institute) ; Karuna institute , Brisbane Australia,
Altri

Chapter 8: Mindfulness for Cancer and Terminal Illness

Linda E. Carlson, PhD, RPsych

Division of Psychosocial Oncology, Department of Oncology, Faculty of Medicine, University of
Calgary Department of Psychosocial Resources,

Tom Baker Cancer Centre, Alberta Cancer Board Calgary, Alberta, Canada

Joan Halifax, PhD

Director, Upaya Institute, Project on Being with Dying Santa Fe, New Mexico

Correspondence:

Dr. Linda E. Carlson, Department of Psychosocial Resources Holy Cross Site, 2202 2nd St. SW
Calgary, Alberta, Canada T2S 3C1

Phone: (403) 355-3209, Fax: (403) 355-3206

E-Mail: l.carlson@ucalgary.ca

Mindfulness-based interventions for end of life care

Rationale

Those facing the end of their lives typically have diminished physical and social capacities. As a result of physical distress, psychological defense mechanisms are often lowered. Resilience is in part associated with the ability to self-regulate one's emotions – another capacity strengthened by mindfulness practice and important for those who are gravely ill {{13938 Shapiro,S.L. 1998; }}, Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008).

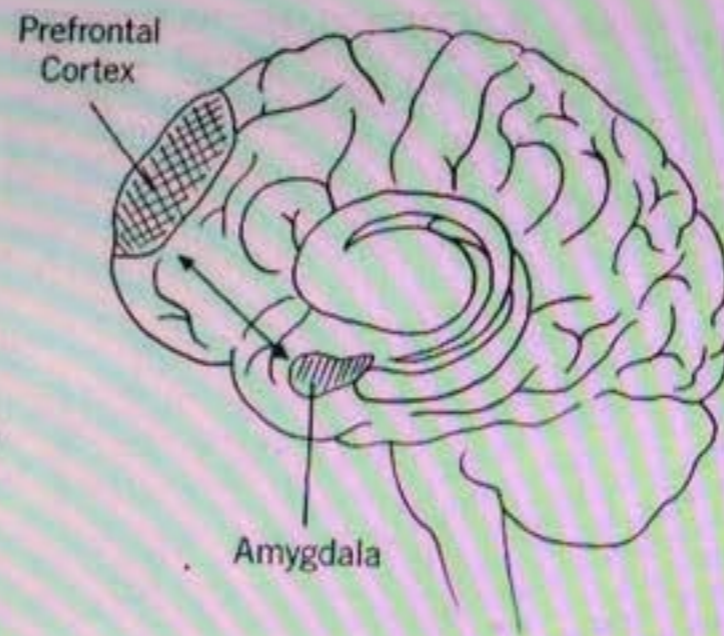
Resilience is enhanced through an increase in the development of a meta- cognitive perspective, allowing for the monitoring of one's own thought processes, including the focus of one's attention. More explicitly, meta-cognition is the ability to de-center from thought, and to understand thought processes as transient events, rather than a direct representation of reality. (Mamig 2006; {{14004 Teasdale,J.D. 2002; 14000 Teasdale,J.D. 1995; }})

This capacity to see things from a more distal and relative perspective can be very beneficial for an individual suffering from a severe illness and facing complex questions with regards to treatment or the anticipated outcome of death.

quindi:

- a-La mindfulness aumenta la resilienza, tratto(o stile emotivo, Davidson) indispensabile per chi sta perdendo qualsiasi riferimento e identità(sociale,lavorativa, corporea, sessuale,spesso affettiva) e si prepara a lasciare tutto
- b- la mindfulness rinforzando la consapevolezza e attenzione aiuta a identificarsi con questa che osserva i fenomeni interni ed esterni che cambiano(pensieri,emozioni, situazioni di vita, qualsiasi cosa esista). La possibilità di identificare se e il mondo come transitorio e impermanente(tutto cambia, tutto si trasforma) può essere di aiuto per la persona che sta morendo e per i famigliari oltre che per l'equipe
- c- molto altro

sends inhibitory signals to the amygdala, instructing it to quiet down, as indicated in the diagram below. This inference jibed with research from other labs, which found that people with *less* activation in certain zones of the prefrontal cortex show *more* long-lasting amygdala activity in the wake of an experience that evokes a negative emotion; they are less able to turn off negative emotion once it is turned on. Our research found essentially the flip side of that: Activity in the left prefrontal cortex *shortens* the period of amygdala activation, allowing the brain to bounce back from an upsetting experience.



Resilience: Signals from the prefrontal cortex to the amygdala, and from the amygdala to the prefrontal cortex, determine how quickly the brain will recover from an upsetting experience.

Fast-forward to 2012. Thanks to MRI we now know that the more white matter (axons that connect one neuron to another) lying between the prefrontal cortex and the amygdala, the more resilient you are.

frightened, anxious, or even angry at what they are going through, or to feel futility and experience depression. It has been our experience that dying people are often traumatized not only by their diagnosis but also by diagnostic procedures and medical interventions employed in an endeavor to extend life or alleviate symptoms. We have observed that the effort to suppress thoughts or reduce the frequency of certain distressing thoughts can actually increase the occurrence of those thoughts. This phenomenon

15

of the futility of thought suppression is born out by research. (Wegner, D. M., & Smart, L. (1997). Deep cognitive activation: A new approach to the unconscious. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 984–995.)

The utilization of a mindfulness-based practice can assist traumatized individuals in dealing with the stresses encountered in their situation, and assist them in facing the realities of sickness, pain, dying, and death.

Over the past forty years, the work of the second author has focused on teaching contemplative interventions and mindfulness based-practices to clinicians, and, as well, to dying individuals. We will address the benefits of these types of contemplative interventions for those facing death and those who have been diagnosed with a catastrophic illness.

Contemplative interventions refer to a type of process that trains the mind through working with concentration and inquiry. One type of this kind of mental training is mindfulness, defined as a way of perceiving the world that is based in the nonjudgmental experience of the present moment, as taught in the MBCR program. Jon Kabat-Zinn further defines mindfulness as “the awareness that emerges through paying attention, on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment.” {{13697 Kabat-Zinn,J. 1990; }}. According to Kabat-Zinn, mindfulness practice not only induces the capacity to be focused on the reality of the *present moment* but as well, makes it possible for an individual to *accept* what is happening in the present moment *without being subject to rumination or emotional reactions* in relation to challenging situations in the past, present or future. From the perspective of working with dying people, these three features (present moment awareness, acceptance, and non reactivity) have the potential to enhance the quality of life of those who are dealing with a serious illness and those who are dying.

16

Earlier we mentioned the IAA model of mindfulness in which three core qualities of mindfulness were identified: 1: *intention*, which focuses on a motivational component to one’s attention and behavior; 2. *present-centered attention* and awareness; and 3. *attitude*, which reflects on how we attend, such as interest, curiosity, non-judgment, acceptance, compassion, and receptiveness {{13944 Shapiro,S.L. 2006; }}. Present-centered attention aids patients in not dwelling on the past or not anticipating a catastrophic future. The motivational component entails a top-down process for the gravely ill or dying individual; in other words, there is greater engagement and commitment in the attentional process. And the third component, for us, is especially interesting: how mindfulness can foster an attitude toward the dying process that shifts the experience into a “journey” of a developmental nature for the one experiencing it.

quindi:

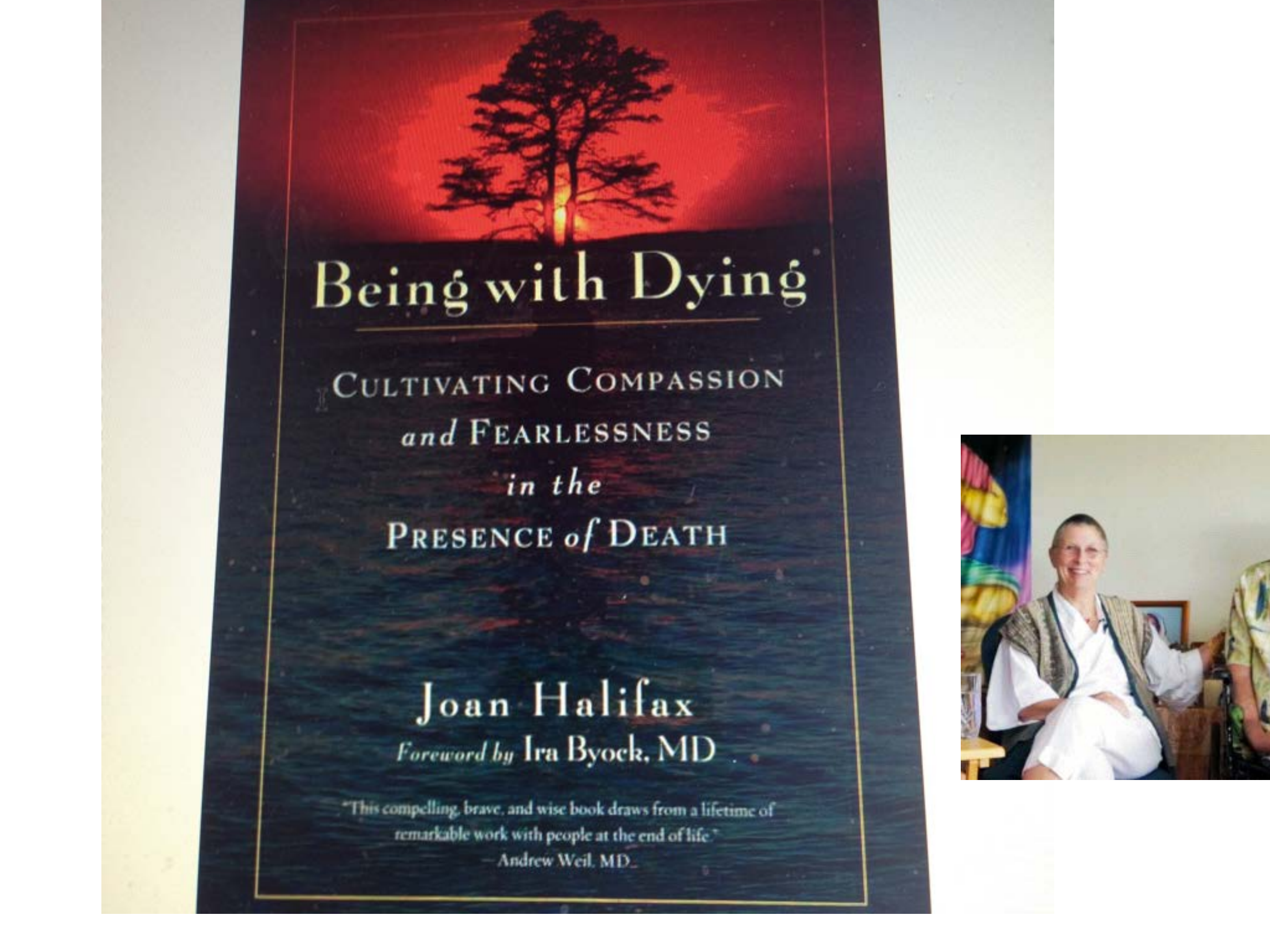
-alla Calgari University è 40 anni che portano gli interventi di mindfulness base stress reduction per professionisti, famigliari e pazienti alla fine della vita

- è stato dimostrato che sopprimere gli intensi sentimenti e emozioni che emergono non è utile

-la mindfulness permette di non sopprimerli ma tenerli nel campo della consapevolezza e può aiutare a gestire le forti emozioni e i fortissimi stress di questo periodo della vita sia per i pazienti che per la famiglia che per i professionisti

- aumentare la forza della consapevolezza centrata sul presente aiuta i pazienti a non rimuginare troppo sul passato e le perdite e su scenari futuri catastrofici ma a vivere a pieno ciò che c'è nel presente (la realtà della vita di ora nei suoi aspetti di valore e di dolore) aiuta ad accettare la realtà della malattia e della perdita

- altro



Being with Dying

CULTIVATING COMPASSION
and FEARLESSNESS
in the
PRESENCE *of* DEATH

Joan Halifax
Foreword by Ira Byock, MD

"This compelling, brave, and wise book draws from a lifetime of remarkable work with people at the end of life."

— Andrew Weil, MD



BLESSING ON MORTALITY WORKSHOP
J. HALIFAX, FRANK OSTASESKY, RAM DASS
7-8 MARZO 2015
ANCHE ONLINE



Result Filters

[Display Settings:](#)

Abstract

[Send to:](#)

[Explore \(NY\)](#). 2006 Jul-Aug;2(4):304-13.

A contemplative care approach to training and supporting hospice volunteers: a prospective study of spiritual practice, well-being, and fear of death.

[Scherwitz L1](#), [Pullman M](#), [McHenry P](#), [Gao B](#), [Ostaseski F](#).

Author information

Abstract

BACKGROUND:

Inspired by a 2,500-year-old Buddhist tradition, the Zen Hospice Project (ZHP) provides residential hospice care, volunteer programs, and educational efforts that cultivate wisdom and compassion in service.

OBJECTIVE:

The present study was designed to understand how being with dying hospice residents affects hospice volunteers well-being and the role of spiritual practice in ameliorating the fear of death.

DESIGN:

A one-year longitudinal study of two volunteer cohorts (N = 24 and N = 22) with repeated measures of spiritual practice, well-being, and hospice performance during one-year service as volunteers.

SETTING:

The Zen Hospice Guest House and Laguna Honda Residential Hospital of San Francisco, CA.

PARTICIPANTS:

All 46 individuals who became ZHP volunteers during two years.

INTERVENTIONS:

A 40-hour training program for beginning hospice volunteers stressing compassion, equanimity, mindfulness, and practical bedside care; a one-year caregiver assignment five hours per week; and monthly group meeting.

MAIN OUTCOME MEASURES:

Self-report FACIT spiritual well-being, general well-being, self-transcendence scale, and a volunteer coordinator-rated ZHP performance scale.

RESULTS:

The volunteers had a high level of self-care and well-being at baseline and maintained both throughout the year; they increased compassion and decreased fear of death. Those (n = 20) practicing yoga were found to have consistently lower fear of death than the group average (P = .04, P = .008, respectively). All rated the training and program highly, and 63% continued to volunteer after the first year's commitment. The results suggest that this approach to training and supporting hospice volunteers fosters emotional well-being and spiritual growth.

quindi:

- il volontari hanno un livello alto di benessere e cura di se(well-being e self-care) e l'anno mantenuto per tutto l'anno
- è aumentata la compassione(capacità di risuonare sentire e stare con la sofferenza propria e dell'altro) ed è diminuita la paura della morte
- i risultati mostrano che questo training dei volontari in mindfulness aumenta il benessere e la crescita esistenziale e spirituale

Qualitative Health Research

<http://qhr.sagepub.com>

Mindfulness in Hospice Care: Practicing Meditation-in-Action

Anne Bruce and Betty Davies *Qual Health Res* 2005; 15; 1329 DOI: 10.1177/1049732305281657

The online version of this article can be found at:

<http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/10/1329>

Published by:

<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *Qualitative Health Research* can be found at: Email Alerts: <http://qhr.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://qhr.sagepub.com/subscriptions> Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav> Citations <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/refs/15/10/1329>

Downloaded from <http://qhr.sagepub.com> by chiara silvani on October 15, 2009

Mindfulness in Hospice Care: Practicing Meditation-in-Action

Anne Bruce Betty Davies

In this interpretive study, the authors explore the experience of mindfulness among hospice caregivers who regularly practice mindfulness meditation at a Zen hospice. They explore meditative awareness constituted within themes of meditation-in-action, abiding in liminal spaces, seeing differently, and resting in groundlessness. By opening into nonconceptual, paradoxical, and uncertain dimensions of experience, hospice caregivers cultivate internal and external environments in which direct experience is increasingly held without judgment. This inquiry points to in-between spaces of human experience wherein mindfulness fosters openness and supports letting go, and creating spaces for whatever is happening in attending the living-and-dying process.

Keywords: mindfulness; meditation; Buddhism; end-of-life; palliative care; presence

Mindfulness meditation is currently being adopted by health practitioners, including nurses, in a variety of settings. Increasingly, empirical

evidence shows positive health outcomes of mindfulness-based clinical interventions in response to a range of conditions, including depression, anxiety, chronic pain, and stress-related symptoms. Although a review of medical and social science literature shows promising results concerning the effectiveness of mindfulness-based clinical interventions (see Baer, 2003; Bishop, 2002), there is little research that examines the lived experience of mindfulness and its meaning for those who practice it. The purpose of this study is to explore the experience of those who regularly practice mind

quindi riassumendo:

**la mindfulness nel processo dell'accompagnamento
alla morte rafforza :**

L'apertura

il supporto

la capacità di lasciare andare

la possibilità di stare con qualsiasi cosa accada nel
processo del morire

ZEN HOSPICE DI SAN FRANCISCO

<http://www.zenhospice.org>

[Our Community](#)

Our History

[We draw from our contemplative heritage and a history of successful collaboration with the hospice and palliative care community.](#)

Our legacy of compassionate and pioneering service initially grew from the San Francisco Zen Center in 1987. Since then, Zen Hospice has grown into an independent nonprofit organization (501c3) providing care at the bedside for those facing advanced illness and their loved ones, while also training and supporting a new wave of volunteer and professional care givers.

Zen Hospice opened its iconic Guest House in 1990, as a community-based model to attend to those dying and in most need of support. As an early responder to the AIDS crisis, we provided care when others would not during this era of fear. In 2010, Zen Hospice renovated and re-opened the Guest House as a licensed residential care facility for the chronically ill (RCFCI) with 24-hour nursing staff, all of whom are trained in our approach to mindful, compassionate, and skillful care.

Since 1988, we have provided the same quality of care at Laguna Honda Hospital, one of the largest public long-term care facilities in the United States. Our volunteers serve daily on the 60-bed hospice and palliative care floor supporting residents and their families, working in collaboration with professional care givers.

Today Zen Hospice Project is a thriving organization offering direct care, educational programs, and inspirational support. Serving more than 31,000 people to date, our primary geographic focus is the Bay Area, but our work has gained national and international influence.



Metta
INSTITUTE

[http://
www.mettainstitute.org/
programs.html](http://www.mettainstitute.org/programs.html)

[https://
www.youtube.com/
watch?
v=5RShPdtSz54](https://www.youtube.com/watch?v=5RShPdtSz54)



Frank Ostaseski
Saper accompagnare

Autare gli altri e se stessi ad affrontare la morte



http://ecx.images-amazon.com/images/I/31xQAtdntNL.__.jpg

Frank Ostasesky nel suo libro mette a fuoco 5 aspetti essenziali dello stare con il morente:

1-accogli tutto, non respingere niente

2-sii presente, porta nell'esperienza tutto te stesso,

3- non aspettare, potrebbe non esserci più tempo, la morte e l'impermanenza fanno parte della vita, non aspettare a dire che ami a risolvere le cose irrisolte..e..e..e...

4-imparare a riposare nel pieno dell'attività, trovo lo spazio di riposo e consapevolezza tra un respiro e un'altro, tra un pensiero e un'altro, tra un'emozione e un'altra tra un'azione e un'altra...e...e..e,

5- coltiva una mente che non sa, la mente del principiante, l'umiltà, mettersi in questa posizione è l'unica possibilità che abbiamo per scoprire e vedere cose nuove e nuovi aspetti della realtà, per crescere,vivere e morire,con curiosità, apertura e stupore

LE TRE FASI DEL PROCESSO DEL LUTTO PER FRANK OSTASESKY:

1-Accusare il colpo. Durante questa prima fase il dolore è intenso e coinvolge sia la mente che il corpo, entrambi negano l'evento anche se si tratta di una morte annunciata. La nostra mente non è in grado di accettare la realtà, la realtà di aver perso una persona che amiamo. Allo shock e all'incredulità si sostituiscono il rimpianto e il senso di colpa, nel momento in cui avremmo bisogno di accudimento e gentilezza ci puniamo autocriticandoci con pensieri del tipo: "Non sarei dovuta allontanarmi un attimo prima del suo ultimo respiro; avrei dovuto portarlo prima in ospedale ...". In altri casi predomina una rabbia irrefrenabile, verso qualcuno, verso i medici, verso Dio, verso il destino. Questo è un periodo di disorientamento dove non è possibile occuparsi di tutte le cose di cui ci occupavamo prima, la nostra mente non ce la fa, abbiamo bisogno di aiuto. Dalle testimonianze si evidenziano episodi in cui la persona sofferente seguendo la sua necessità di comunicare con la persona morta prende il telefono per chiamarla, temendo poi di essere impazzita, mentre invece sono esperienze caratteristiche di questa prima fase.

2- Vivere la perdita. Questa fase può durare mesi o anni, la perdita non è circoscritta nel tempo ma è continuativa. Si continua a piangere la persona cara quando vorremmo condividere con lei una gioia, di fronte a decisioni importanti o nella quotidianità di un istante che ci attiva ricordi. In questo momento prendiamo grande consapevolezza del ruolo che la persona svolgeva nella nostra vita, la sensazione di fragilità caratterizza questa fase.

3- La distensione. La morsa del dolore si allenta, il miscuglio di emozioni e la loro intensità si attenua ed è possibile non sentirsi sopraffatti da dolore come accadeva precedentemente. Questo non significa tornare alla vita di prima perché l'esperienza del lutto modifica inevitabilmente la nostra identità, non significa essere disposti a lasciare andare la persona cara, ma significa arrivare alla conclusione che la morte non mette fine alla relazione. L'altro non viene più percepito come una persona esterna, si interiorizza la relazione, si ha la percezione che ci accompagni ovunque, come se sentissimo la sua voce che guida le nostre scelte, che ci permette di confrontarci ancora con lei. Tutto questo ci consente di rivolgere pienamente le nostre energie nella quotidianità.

Le emozioni irrefrenabili che affiancano il lutto hanno il potere di sopraffarci ed è per questo che è importante riconoscerle, pensarle, concederci di sentire il dolore. L'esperienza del lutto se orientata verso la consapevolezza, può portarci alla comprensione della verità assoluta dell'impermanenza e questo può portarci a vivere più pienamente, accettando più rischi proprio per la certezza della brevità della vita (Ostaseski, 2011).

6.1 Accompagnamento alla fine della vita

di Sivia Bianchi

capitolo del libro

“Mindfulness”

, Il Mulino,

Gherardo Amadei

Un allievo dice al Maestro: “come faccio a prepararmi alla vita?”

Il Maestro gli risponde: “preparati alla morte”.

Allora l’allievo replica: “e come faccio a prepararmi alla morte?”

Il Maestro risponde: “preparati alla vita”

Se seguissimo il metodo zen suggerito dalla vignetta allora forse sarebbe più saggio e utile lasciare queste pagine bianche invece che scritte... e forse ognuno di noi troverebbe il proprio modo per relazionarsi con quel vuoto, così come chi si avvicina alla morte è costretto a confrontarsi con il vuoto, con la scomparsa di tutte le identità (lavorativa, corporea, sociale, familiare, ecc) precedenti. Le tradizioni dalle quali la mindfulness prende ispirazione, in particolare quella buddhista, ci indicano che quel vuoto è la nostra casa, e lì possiamo dimorare con grande pace.

Lama Zopa il fondatore del Karuna hospice in Australia, ci suggerisce che ciò di cui abbiamo paura è la nostra rappresentazione della morte perchè quello che veramente è la morte nessuno lo può sapere.

Frank Ostasesky, direttore dello Zen hospice di San Francisco, dice che ha visto persone disperate che quando iniziavano ad accorgersi che quella cosa terribile che stava affiorando durante il processo della morte altro non era che lo svelarsi della loro natura più profonda si affidavano al processo con fiducia. Possiamo assistere una persona che sta morendo come se fosse il nostro Maestro? sta coraggiosamente affrontando prima di noi come lasciare andare, aprire le mani, come rimanere nella consapevolezza del vuoto. Sapere riconoscere...

.....

...

LA RELAZIONE COME SERVIZIO, come la mindfulness trasforma la Relazione

Come dice Frank Ostasesky morire non è un fatto medico ma è soprattutto questione di relazione: con se stessi, con gli altri, con il mondo, il senso della vita e il mistero. Comprendere questo e la consapevolezza significa cambiare anche l'approccio alla relazione clinica con il paziente che non è più una relazione di aiuto ma si trasforma in servizio. Nell'aiuto, scrive Ostasesky nel suo libro, riportando le parole di Rachel Remen, autrice del libro "Kitchen Table Wisdom", è necessario che ci sia un disequilibrio, una disegualianza, l'aiuto non prevede un rapporto alla pari. *"Quando si aiuta si usa la propria forza a vantaggio di qualcun'altro che ne ha meno...La disegualianza è palpabile...Ponedoci in una relazione di aiuto possiamo inavvertitamente sottrarre all'altro più di quanto gli diamo, sottraendogli autostima e dignità. Ma per servire dobbiamo mettere in gioco qualcosa di più della nostra forza, dobbiamo mettere il gioco la totalità di noi stessi. Attingere all'intera gamma delle nostre esperienze, ai nostri lati oscuri. La nostra interezza serve l'interezza dell'altro, l'interezza della vita.. l'aiuto crea debito, l'altro sente di doverci qualche cosa, il servizio al contrario è reciproco: quando aiuto provo soddisfazione, quando servo provo gratitudine. Servire è inoltre diverso da provvedere. Quando cerco di provvedere a qualcuno, vedo nell'altro qualcosa che non va. E' un giudizio implicito che mi separa dall'altro e crea una distanza. Direi quindi che fondamentalmente, aiutare, provvedere, ci sembra che abbia qualcosa che non va. Quando aiutiamo la vita ci appare debole. Quando cerchiamo di provvedere, ci sembra che abbia qualcosa che non va. Ma quando serviamo, la vita ci appare completa"*

" se mi dedico veramente ad una persona che sta per morire in quel momento mi dedico anche a me stesso" dice Frank: *non facciamo altro che camminare insieme, mano nella mano, attraverso la nascita e la morte" E' un approccio all'assistenza radicalmente diverso, in cui si riconosce esplicitamente il dono che chi sta per morire offre a chi si prende cura di lui."*

Divide il Servizio in " **Doni**": **il dono del contatto**, la possibilità di toccare l'altro con presenza, attenzione, amorevolezza, **il dono dell'ascolto**, di essere presenti a ciò che c'è, all'ascolto di se, dell'altro alla realtà e non fuggire altrove, **il dono della consapevolezza** che suddivide in: **il significato, il perdono**

Presenza e consapevolezza al processo del perdono:

Dice Frank, vedo che chi riesce a perdonare prima di morire si sente più libero e muore più tranquillo, leggero. Nell'intervista che feci nel 1999 alla monaca allora direttrice del Karuna hospice il perdono era un passaggio importante dell'accompagnamento alla morte, suggeriva vari modi di perdono, parlare direttamente alle persone o se si teme reazioni strane scrivere una lettera, fare meditazioni nelle quali si immagina di inviare luce bianca alla persona da perdonare, racconta di un ragazzo che pur trovando la cosa assurda dopo averla fatta per un periodo si ritrova ad avere perdonato spontaneamente le persone alle quali la mandava. E la leggerezza che provava, come volo di colombe bianche, diceva, immagina che gli era apparsa durante la fase di perdono e che l'aveva accompagnato anche durante la morte. Frank nel suo libro dedica un intero capitolo al perdono, all'importanza di poterlo fare dopo essersi arrabbiati, farlo in modo autentico e non artificiale, aiuta a poter morire. Ma per potere accompagnare al perdono qualcuno è necessario averlo potuto fare nelle nostre vite in modo autentico e profondo, averne esperienza, sapere cosa è e il senso di libertà che segue. La libertà dalla rabbia, dalla chiusura dalla sfiducia, e la mindfulness aiuta in questo.

Essere presenti alla ricerca di significato con consapevolezza

Al Karuna Hospice per quanto riguarda questa fase essenziale dell'accompagnamento facevano riferimento a Victor Frank (fondatore della logoterapia: l'equilibrio psichico dipende dalla percezione significativa del sé e del proprio vissuto.)

Trovare un significato alla propria vita tramite il raccontarla a qualcun'altro può aiutare a lasciare andare e morire con la consapevolezza del perché abbiamo vissuto, qual'è la vita con la V maiuscola che si è vissuto, dice Gabriel Monson psicoterapeuta ad impostazione psicosintetica che intervistai al Karuna nel '99

" un uomo dice -ho sprecato tutta la mia vita a lavorare - poi raccontandolo alla psicoterapeuta scopre che ciò che lo aveva spinto a lavorare così tanto era l'amore per i suoi figli e il desiderio di dare loro una vita migliore della sua, scopre il valore che lo ha guidato. La vita con la "V" maiuscola. Una cosa è morire e un'altra è morire con la sensazione che la propria vita non ha avuto senso. Anche Frank Ostasesky nei suoi seminari e nel suo libro parla della fase del " significato" dell'importanza di essere presenti e permettere alle persone di raccontarsi ancora e ancora, di raccontare tutta la loro vita, anche più volte se ne hanno bisogno fino al momento nel quale avendo trovato il senso non sono più nel campo del significato ma nel campo del Mistero. Nel campo di ciò che non può essere né risolto né capito.

Essere presenti al mistero con consapevolezza

Riuscire a stare con il mondo del mistero dell'altra persona è essenziale. Spesso ci sentiamo impotenti e falliti se non riconosciamo che non c'è una soluzione da trovare ma che siamo entrati nella fase del Mistero, delle domande senza risposta, di ciò che non ha soluzione, dice Ostasesky. Al Karuna gli assistenti spirituali (buddisti, cristiani o di qualsiasi altra religione, a seconda di ciò che sceglie il paziente) accompagnavano il morente nella sua definizione di "al di là" qualunque essa sia (il nulla, il paradiso cristiano, le diverse vite del buddismo ecc) attraverso le metafore che emergevano dall'inconscio del paziente (vedi su www.silviabianchi.com l'intervista alla monaca direttrice del Karuna hospice al tempo della tesi) "io sono buddista ma se il malato mi parla della luce bianca di Dio io lo incoraggio ad esplorarla, entrarci. Allo stesso modo Frank Ostasesky in un'intervista nel film " attorno alle ultime cose" racconta come accompagna una persona che sta morendo sulla collina che il paziente vede (non gli dice " guarda che hai le allucinazioni, la morfina ti sta facendo effetto e vedi cose che non ci sono) ma gli chiede " Dove sei? cosa ti sta succedendo?" "Sono su una collina" risponde lui "ma è molto faticoso arrivare in cima". "Se prometto di seguire il tuo passo posso venire con te?" chiede Frank. il malato risponde "sì". "Cosa vedi ora?" chiede Frank. "una scuola rossa. come quella nella quale ci hanno portato durante la deportazione. Devo entrare" dice lui. "Posso entrare anche io"? chiede Frank " no dice il malato, devo andare da solo e in quel momento muore.. Nell'ultima teleconferenza di Aprile 2012 Frank parla estesamente e in modo meraviglioso del **Mistero (Mystery)** nel processo della morte, in che modo il processo della morte è simile al processo di trasformazione che avviene al mediatore nel suo cammino spirituale, ma le trasformazioni avvengono con un passo molto più veloce. Trasformazione della percezione di SE e del mondo.

Essere presenti e accompagnare l'altro nel suo mondo e stare con il mistero di quello che non può avere risposta, dice Frank Ostasesky rispetto a questa fase.

La creazione di un ambiente contenitivo: la mindfulness come contenitore ma non solo, la consapevolezza ovunque ce ne sia bisogno

in che modo dare un ambiente contenitivo al paziente che sta morendo e ai famigliari? in qualsiasi modo, e su tutti i livelli di bisogni: iniziando dall'aiuto alla soluzione dei bisogni primari. Al Karuna Hospice in Australia, nel 1999, facevo la tesi da loro, già utilizzavano, la mindfulness, alla presenza empatica, la relazione come servizio, e tutto ciò che segue, e l'utilizzo di tante tecniche meditative per la formazione degli operatori o per pazienti e i famigliari che lo richiedevano. Il Karuna era caratterizzato da un eccellente livello di assistenza spirituale (qui in Italia ancora inimmaginabile) Eppure era chiaro a tutti gli operatori (counselor, psicologi, psicoterapeuti, medici, infermieri, assistente sociale) la scala dei bisogni di Maslow per cui quando intervistai l'assistente sociale, mi disse che non c'era modo di occuparsi dei bisogni spirituali, o di autostima legati, o al significato della vita del paziente, o alle relazioni affettive, se prima non erano state aiutate le famiglie ad avere una stabilità economica (con sussidi di invalidità ecc), soluzione di bisogni legati alla sopravvivenza, all'igiene, al dolore fisico e alla gestione medica ed infermieristica della malattia. Essere presenti e consapevoli significa anche esserlo nella relazione su tutti questi aspetti, sono tutti necessari per un ambiente contenitivo, così per i neonati come per i morenti. Se la persona si sente contenuta con presenza e attenzione questo permette una flessibilità del Se o dell'io. Senza il contenimento il Se è più rigido si attacca a tutte le sicurezze e abitudini passate, come facciamo quando abbiamo paura. Infatti Lama Zopa, Maestro Tibetano fondatore del Karuna Hospice, disse che il Karuna hospice andava organizzato e fondato per permettere alle persone di morire con meno paura. E anche l'accudimento e l'ambiente contenitivo aiutano in questo. Dice Frank nel seminario di Maggio 2012 sull'argomento “

“il bambino tenuto dalla madre, sente fiducia nel mondo, si sente amato, si sente sostenuto e quindi può anche riposare. Quando non ci sentiamo contenuti tendiamo a contenere nel senso di aggrapparci (al senso di Se ecc, a quello che è familiare, anche se l'abitudine a cui ci aggrappiamo è distruttiva) perchè non sappiamo cosa viene dopo, l'aggrapparci ci dà una sicurezza temporanea.

Nel processo del morire vediamo che se non c'è un senso di contenimento il paziente di aggrapperà alle abitudini. Ambiente di contenimento, infermiere medici ecc e nella pratica meditativa è la consapevolezza stessa che diventa un ambiente di contenimento, noi possiamo con la nostra presenza consapevole aiutare questo processo.

Se il bambino è ben contenuto sviluppa la capacità e la fiducia di andare al di là dei vincoli precedenti, di fare cose nuove, di prendersi dei rischi. La stessa cosa avviene nel momento della morte: il contenimento permette al morente di avventurarsi al di là di quelle che sono le identità conosciute. L'ambiente di contenimento evoca il senso di fiducia e quindi sviluppa la capacità del paziente di andare al di là dei limiti precedenti. Emergono qualità ed esperienze nuove, un nuovo SE come se si aprisse un tappo. Emerge un certo tipo di sofferenza e di dolore o di materiale inconscio archetipico, simbolico o misterioso, o la bellezza, o il suo contrario, e tutto questo solo per la presenza di un ambiente di contenimento. Come potrebbe un ambiente di contenimento permettere al senso del Se di attenuarsi, o il senso di identificazione e possesso? lo vediamo quando siamo in meditazione quando la consapevolezza dà un contenimento e permette di riposare e stare nella fiducia e questo è un valore aggiuntivo, da qui l'importanza di fare conoscere la cura palliativa attenta e consapevole. La cura consapevole e amorevole non è solo una cosa che sarebbe bello avere è una parte integrante del piano complessivo di cura. “

E' ciò che permette la guarigione definitiva che non è la guarigione del corpo. “La guarigione è possibile anche se la malattia è incurabile: guarigione come risanamento dove per sano si intende completo, non frammentato. “Ostasesky scrive di questo nel suo libro e porta alcuni esempi e anche Lama Zopa nel suo libro “Guarigione definitiva” scrive estesamente di questo.

Karuna hospice , Brisbane , Australia

<http://www.karuna.org.au>

About Us

Karuna is a Brisbane-based charity established to help people live a meaningful and happy life while embracing uncertainty and change.

Life is our most precious possession, its loss our most difficult yet inescapable experience.

Karuna believes that having the skills and support to face the challenges and uncertainty can make the journey easier.

As a result, we have developed models of care and education which help people understand, prepare for and face the end of life with calm and acceptance.

Since 1992 Karuna has used its expertise and compassion to help thousands of individuals and families cope with loss. We provide **in-home care**, counselling, **a learning program** and have a **bookshop** full of useful resources. We take the time to understand your needs and provide a holistic approach to delivering the best possible support.

We offer in-home care in Brisbane North, Caboolture and Redcliffe areas. In addition, helpful information is available. Most of our counselling and courses are run out of Karuna at 27 Cartwright St Windsor.

In serving the community Karuna strives to follow the inspirational ideals and examples set by His Holiness the Dalai Lama, Karuna's Spiritual Patron, whose own lifelong mission is to serve others with universal compassion and kindness. These are Karuna's underlying values.

Karuna relies heavily on the kindness of others. Only a portion of our funding comes from Queensland Health and the remaining money must be raised through donations. Community support is vital.





Karuna Hospice Team

NONSHBR 5
1996

Centre Director	Team Leader	0.6 FTE
Nursing and Medical	Medical Consultant	Contract
	Nursing Coordinator	1 FTE
	5 x Clinical Nurses (p-t)	3.2 FTE
	Coordinator	0.5 FTE
Family Support	2 x Counsellors (p-t)	1 FTE
	Clinical Supervisor	Honorary
	Volunteer Coordinator	1 FTE
Hospice Administration	3 x Administrative Support (p-t)	2.18 FTE
Fundraising & Development	Coordinator	1 FTE
Spiritual Care	Coordinator	Needs based
Volunteers	Respite, Bereavement & Office	Needs based

TESI DI LAUREA

IL POTERE DELLA COMPASSIONE:
IL CONTRIBUTO BUDDISTA ALL'ASSISTENZA AL MALATO TERMINALE

Relatore: Prof. *Antonio Marazzi*

Laureanda: *Silvia Bianchi*
Matr. n. 312407/PS

Formazione

professionisti ASL, 2014

- n. 8 settimane di mindfulness stress reduction +
- n. 2 giornate su come portare la mindfulness sul lavoro+
- n.1 giornata sulle origini della mindfulness(pratiche di meditazione buddiste)+
- n.1 giornata sulla consapevolezza della morte e meditazioni sulla morte
- n.1 giornata sul lutto

commenti:

- maggiore comprensione del punto di vista del paziente*
- riconosco il valore del momento presente, cerco di non rimandare, analizzo l'intenzione che sta dietro e muove le mie azioni*
- l'esperienza di accompagnamento della morte di mia madre : ho avuto la consapevolezza di vivere assaporando il piacere di ogni momento condiviso con lei con in mente chiaro il concetto della transitorietà(almeno 6 persone hanno riportato esperienze di capacità di accompagnare la morte di persone care dopo il corso)*
- confronto con una paziente che aveva una diagnosi di tumore , riferiva di capire e io ho provato ad aprirgli le possibili strade*
- ora la morte riesco a vederla dopo gli esercizi fatti e a parlarne senza entrare nel panico più profondo*
- ha contribuito a farmi progredire nella elaborazione del lutto di mio padre di cui non ero riuscita ad affrontare alcuni aspetti*
- ora(dopo gli incontri) per me la morte è come un passaggio e riesco ad accettare che toccherà anche a me*
- mi ha aiutato a rapportarmi con il tema della morte non in termini di angoscia e rifiuto ma ad accogliere*

Mindfulness Based Stress Reduction

**Ciclo di audit per la verifica dell'efficacia del metodo per la riduzione dello stress basato sulla consapevolezza
sede: Polo Didattico Universitario "Daniela Donati" - Pontedera**



Venerdì 28 febbraio orario 8-16 – Tema della giornata: “Origini della mindfulness”
Venerdì 28 Marzo orario 8-16 - Tema della giornata “Consapevolezza della morte”
Venerdì 18 aprile orario 8-16 – Tema della giornata “Come portare la Mindfulness nel colloquio a due (psicoterapie , relazioni di aiuto, relazione con l’altro)”
Venerdì 16 Maggio orario 8 – 16 Tema della giornata “Mindfulness nell'accompagnamento alla morte e nel processo del lutto”

Docente: Silvia Bianchi: Psicologa-psicoterapeuta

Psicologa e psicoterapeuta per l'Associazione Nazionale Tumori www.antitalia.org, e ha collaborato con di hospice ed ospedali. Esercita anche privatamente.

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO
CONSAPEVOLEZZA DELLA MORTE

SEDE: CENTRO DI FORMAZIONE VIALE PIAGGIO
Data 28 marzo 2014
Ore 8.00 – 16.00

• QUALE GIUDIZIO ESPRIMI SULLA DOCENZA

in corrispondenza a del nome docente segnare con una X la propria valutazione	Chiarezza ed esaustività ia del docente nella presentazione degli argomenti trattati					Capacità del docente di interagire e stimolare la partecipazione attiva					Capacità del docente di gestire il tempo a disposizione in aula				
	Molto insoddi sfatto	insod disfat to	In parte soddisf atto	Soddi sfatto	Molto soddisfa tto	Molto insoddi sfatto	insoddi sfatto	In parte soddi sfatto	Soddi sfatto	Molto soddi sfatto	Molto insoddi sfatto	insoddi sfatto	In parte soddisf atto	Soddi sfatto	Molto soddisfatto
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nomi docenti															
Silvia Bianchi					X					X					X

PENSI CHE LE RICADUTE SUL TUO LAVORO SARANNO

Buone (4)	Sufficienti (3)	Scarse (2)	Assenti (1)
X			

• QUALE GIUDIZIO ESPRIMI SUI SEGUENTI ASPETTI DEL L'EVENTO FORMATIVO

	Buono (4)	Sufficiente (3)	Carente (2)	molto carente (1)
DOCENTI	X			
CONDUZIONE	X			
ORGANIZZAZIONE	X			
METODOLOGIE DIDATTICHE UTILIZZATE	X			

• ESPRIMI UN GIUDIZIO SUI TEMPI DI LAVORO

	tempo sufficiente	tempo eccessivo	tempo insufficiente
RELAZIONI FRONTALI	X		
GRUPPI DI LAVORO	X		
ALTRE METODOLOGIE	X		

il 100% delle
risposte
segnala una “
BUONA”
ricaduta sul
lavoro della
meditazione
sulla
consapevolez
za della
morte

2014
gruppo
multi-
professionale
ASL :
psicologi,
medici, ammini
strativi,
infermieri, ecc
20 in tutto

Esperienza all'ANT di Pontedera, di Silvia Bianchi, 2012

- nella formazione di medici ed infermieri e psicologi
- nella formazione dei volontari
- nella supervisione dei volontari
- con il paziente nell'accompagnamento al fine vita
- come supporto per la resilienza del care-giver e altri familiari
- nel processo del lutto per i familiari

MBSR

mindfulness based stress reduction

12 partecipanti : pazienti, caregiver e familiari nella fase del lutto

conduttrice Silvia Bianchi

sede di Pontedera dell'Associazione Nazionale Tumori

RISULTATI PRINCIPALI

Variabili di interesse	Fattori migliorati dopo MBSR	media T1	media T2	T2-T1
Mindfulness	Consapevolezza	59,7	70,3	+10,7%
Psicopatologia	Ossessione-Compulsione	28,4	17,0	-11,4%
	Psicosi	12,8	6,4	-6,4%
	Gravità generale psicopatologia	18,9	12,9	-6,0%
	Distress da sintomi	37,9	31,9	-6,1%
Self Compassion	Isolamento	37,5	20,0	-17,5%
	Self Compassion	50,0	60,0	+10,0%
Sintomi medici	Sintomi medici	27,0	18,6	-8,4%

Anche nel MBSR fatto su un piccolo gruppo di pazienti oncologici e famigliari nel processo del lutto o caregiver(12 in tutto) confrontando i test da loro fatti prima dell'MBSR e dopo sembrano esserci risultati buoni nella direzione di un maggior stato di salute dopo il corso sulla mindfulness(nonostante molti a casa non siano riusciti a fare molto e non sia stata fatta la giornata di ritiro intensivo che nelMBSR è tra la sesta e la settima settimana)

risultati dei test

T.C.I. (elaborazione a cura di Cosimo Urgesi, università di Udine)

**Non allego i grafici(per brevità)punteggi grezzi e Percentili (non esiste ancora una taratura italiana).I dati sembrano interessanti, nel senso che diminuisce Harm Avoidance e, soprattutto, aumenta auto direttività, entrambe scale fortemente collegate al well being. HA (legata alla serotonina) e' alta in diverse patologie, inclusa depressione e dca, mentre l'autodirettività (SD) e' bassa in tutte le condizioni di malessere psicologico. Si possono consultare gli articoli di Cloninger per la denominazione e significato delle scale più approfondito.
altri test**

test utilizzati

**Five Facet Mindfulness Questionnaire per valutare l'attitudine di mindfulness
Brief Symptom Inventory, per valutare la psicopatologia;
Self Compassion Scale per valutare il livello di compassione;
Medical Symptom Checklist per valutare la presenza di sintomi di interesse medico.**

mindfulness nel processo del lutto

il caso della figlia di M e della sorella di M

Accompagnamento alla morte

attraverso la mindfulness

MARCELLA

MARCELLA

MARINA

continua da pag 1

..... Dopo mesi di colloqui(basati sulla mindfulness) con la figlia di Marcella e la sorella... dopo colloqui di supervisione basati sulla mindfulness con il volontario che v`a a domicilio e con il supervisore delle supervisioni che sento dall'Inghilterra via Skype....vedo Marcella.

*Se io non avessi mantenuto “ **la mente che non sa**” continuato ad esplorare aperta a tutti e a tutto(famigliari, medici, psichiatri, istituzioni, ma anche a continue modifiche nella mia percezione della situazione, non sarei mai arrivata a parlare con Marcella. Se il supervisore della scuola di psicoterapia Karuna dall'inghilterra non fosse stato formato alla stessa **apertura e mente che non sa** attraverso la mindfulness ho il sospetto non si sarebbe fidato della sua intuizione “ c'è un segreto in quella famiglia!” ha dichiarato ad un tratto. Se il volontario che avevo mandato a domicilio non fosse stato formato alla mindfulness e quindi alla stessa **apertura e mente che non sa** credo si sarebbe rifiutato di andare in una casa nella quale apparentemente era inutile(“ci sono sempre tante persone nella casa e non mi lasciano mai sola con la paziente” mi disse) così come aveva fatto l'altro volontario. Il mio suggerimento che continuasse ad andare(sorto dopo le intuizioni della volontaria e del supervisore) perché forse ci avevano chiamato per fare da testimoni esterni ad un segreto familiare ci guidò. La pazienza, **l'umiltà, l'accettare e riconoscere tutti e tutto**(incluse richieste apparentemente assurde) il continuare ad esplorare **curiosi e vicini** ai bisogni di tutti **senza identificarsi** con l'uno o con l'altro e con la prospettiva dell'uno dell'altro o il vissuto dell'uno o dell'altro dei famigliari, dei medici, delle istituzioni(**accettando** tutte le visioni). Questo ci permise di comprendere che c'era un'altra faccia nella situazione(Come nel disegno della vecchia e della giovane tutti, me inclusa, vedevamo solo una delle due facce , nonostante la realtà fosse sotto gli occhi di tutti nessuno la vedeva. Guardavamo il marito come se fosse un uomo dolce ed impotente, un santo(disse qualcuno) e lei “un mostro cattivo e aggressivo che ha perso il senno”. Solo mantenendo l'apertura, l'investigazione, continuando a palpare l'elefante(la realtà) in tutte le sue parti, sono arrivata ad intuire le due facce della realtà(quante facce vedi in questo disegno? Ce ne sono due, vedi la vecchia la giovane o entrambe?)*

vedi il racconto del caso per intero su www.silviabianchi.com, caso clinico MARINA

DIARIO DELLA FIGLIA

Nel Diario di Elisa è visibile il passaggio dalla voglia di farla finita anche se ha tutto(ha appena preso la casa con il suo fidanzato e inizia una nuova vita) alla voglia di vivere alla fine pur dopo 3 lutti(mamma,nonno convivente, fidanzato) e la perdita della casa.

Da un rapporto di coppia che ricalca le orme del peggio del rapporto del padre con la madre a un rapporto di coppia d'amore. E' anche visibile come cambia la percezione della morte di sua madre man mano che procede con il lavoro di supporto al lutto e la mindfulness. Ancora nei primi incontri del corso sulla mindfulness(MBSR) il senso della vita non c'è ed è meglio morire ed Elisa vive la sua vita ed incarna nella sua vita la scelta di sua madre(meglio morire) ma già verso la fine del corso di mindfulness la sua percezione cambia e finisce con il tentativo opposto: attraverso il vivere bene cambia anche il ricordo della madre e la fa felice perchè riesce ad evitare quello che ha distrutto la madre(rapporti senza amore e vita non vissuta) Ritorna il senso della vita. Un anno di colloqui(pur mindfulness based) non erano riusciti in questo risultato.La storia di Elisa è una delle peggiori che io abbia mai visto perchè oltre a vivere 3 lutti uno di fila all'altro ha assistito al padre che sembrava la vittima e che per questo poteva aggredire verbalmente e fisicamente la paziente fino ad urlagli in faccia davanti a tutti: ma morirai! primo poi finalmente morirai. E a lamentarsi con tutti davanti a lei che non ce la faceva più, che per lui era insostenibile questa situazione, nonostante che tutti l'aiutassero ci fossero sempre volontari in casa e due badanti ,pagate con i soldi del paese, usate da lui per fare da mangiare a se e lavare le sue cose e come possibili oggetti sessuali alle quale faceva avance in presenza della moglie che veniva lasciata da sola nell'altra stanza, abbandonata. Ha delle armi in casa(ma non ha il porto d'armi) che il figlio nasconde perchè lui dice davanti a tutti: prima o poi l'ammazzo. Meglio mi nascondiate le armi. Ed Elisa sperimenta che tutti sanno(medico, assistente sociale ma non solo sono totalmente assenti ma non fanno assolutamente nulla, lasciando campo libero e accettazione sociale alla violenza che avviene sotto gli occhi di tutti. Fino al rischio di diventare anche lei " aggressore" della madre e assume la lettura del padre.

La figlia di M, una pagina del suo diario

12 dic. 11

Come è cambiato il mio vivere quotidiano.

Ho la sensazione di un piccolo miglioramento, è come se avessi uno strumento in più per vivere al meglio che posso, anche se questo strumento è nuovo e non ne sono del tutto padrona. Ho avuto l'opportunità di vedere le cose da altri punti di vista e spesso questo mi ha aiutato a ridimensionare i problemi più piccoli ed il senso di responsabilità in certe situazioni in cui magari tendo a sentirmi "schiacciata". Ho avuto anche giovamento fisico: meno malanni ed una migliore capacità di ridimensionare sintomi di nervosismo (come il respiro corto ed il senso di oppressione alla gola). Il problema di ansia ed intolleranza verso il mio lavoro è diminuito molto, proprio le sensazioni fisiche me lo hanno fatto toccare con mano concretamente: spesso sento arrivare il nodo che stringe la gola quando sono in ansia, ma molto facilmente, concentrandomi su quel momento presente e sul mio respiro, pian piano il nodo si scioglie. Questo non mi era mai accaduto precedentemente, il sintomo passava solo dopo essere tornata a casa e spesso dopo un po' di tempo.

Qual è la mia percezione ora del periodo della malattia della mia mamma, della morte di mia mamma e della mia vita dopo la sua morte.

La prima sensazione che mi affiora dovendo pensare a queste cose è il senso di maggiore concretezza rispetto a ciò che ho vissuto durante il periodo della malattia di mia madre e al fatto che ora lei non c'è più. Sento che questo dolore ha una forma più definita e non è più solo concentrato in particolari momenti che tendo a limitare. È diventato qualcosa di più reale, che si sta "infilando" nella vita quotidiana. Rispetto al periodo della malattia ci sono ancora tanti buchi di vissuto che riaffiorano nella mia mente pian piano, ma è come se cominciassi a sentire che quelle cose si potranno poi raccontare. Fin'ora ci sono riuscita pochissimo e spesso ho semplicemente cercato di resistere ai momenti di ricordo più dolorosi, senza pensare di poterli far uscire o comunque pensando di non avere mai la possibilità di trovare le parole giuste per poterli raccontare. Ora c'è ancora questa difficoltà ma comincio a sentire che prima o poi affioreranno le parole giuste.

La mancanza della mia mamma è sempre più forte col passare del tempo, proprio perché è diventata reale. Qualche volta sono riuscita a pensare non solo a quello che non ho detto e fatto, ma a quello che ho potuto fare. È stato poco per come lo sento io, ma non è già più il nulla assoluto che sentivo di avere fatto un po' di tempo fa. Ho pensato e penso che qualcosa magari le sarà arrivato del mio bene, come il suo è arrivato a me, nonostante tutto. Forse due anni di sofferenze, di morte prima della morte, non si cancellano ma non cancellano neanche quello che c'è stato prima di loro. La parte insanabile di questa sofferenza la sento ogni volta che affiora il ricordo di quelle giornate senza speranza, passate ad accudire una persona ormai inghiottita nel buio, sentendomi completamente anestetizzata.

Quando mio padre rammenta mia madre, con la sua solita superficialità, il dolore e la rabbia si moltiplicano, perché so che lui ne parla non per farla rivivere, ma solo per far vedere agli altri che ci pensa. So che non ne sente la mancanza e soprattutto mi da fastidio che ne parli solo per apparire diverso da quello che è, offendendola ancora, anche ora che non c'è più. Mi fa male non riuscire a trovare un modo per renderle giustizia, perché so che il modo sarebbe forse troppo grande per essere affrontato e non so dove mi potrebbe portare.

“In appena due mesi avevo perso mio padre (in un solo giorno) e mia sorella(dopo una lunga malattia).Questo mi fece entrare in un tunnel di completa disperazione.Non dormivo più, avevo sempre dei forti mal di testa, dolore allo stomaco, tanta angoscia e paura, spesso rimanevo in apnea ed ero sempre tesa come una corda di violino, insomma stavo proprio male sia fisicamente che psicologicamente.La dott.ssa B. psicologa dell'ANT, mi consigliò, dopo un anno di colloqui con lei, di frequentare un corso per sconfiggere lo stress basato sulla mindfulness.Ho iniziato il corso con un pò di curiosità e tanta speranza di trovare una via che mi facesse stare meglio.All'inizio ero un pò imbarazzata ,non riuscivo a stare ferma ed a concentrarmi nella pratica del respiro. Le cose sono andate meglio con il body scan perchè ho scoperto per la prima volta di avere un corpo, sentivo i miei piedi, le mie caviglie e tutto il resto come se le avessi avute solo da quel momento .Piano piano è andata meglio anche la pratica del respiro e finalmente ho cominciato a dedicare uno spazio della giornata solo per me stessa e questo era sicuramente la prima volta.Anche con la consapevolezza ho iniziato a sentirla nelle situazioni fisiche.Per es.cercavo di sentire le sensazioni quando mi pettinavo o quando facevo la doccia o quando mi lavavo i denti.Erano tutte Nuove Scoperte, erano si situazioni di tutti i giorni ma le stavo vivendo in maniera diversa, riuscivo a farle con consapevolezza.

La dott.ssa ci ha insegnato che bisogna cercare di non reagire allo stress ma di rispondere portando alla luce la consapevolezza.

Se siamo consapevoli riusciamo a dare una risposta conscia e affrontare quindi lo stress in maniera già diversa ,io ci sto provando, e spesso ci riesco.

Ho ancora da lavorare ma una cosa è certa, sto dormendo di più e, angoscia, paura, mal di testa e quel grande dolore fisico e psichico si sono notevolmente attenuati. “

Della sorella sarebbe interessante aggiungere altro, ad es il modo nel quale è passata dall'essere manipolata e quindi lasciare M venisse molestata sia fisicamente che verbalmente dal marito(cognato della sorella) all'odio provato quando è riuscita a mettere a fuoco quello che era accaduto e poi il riconoscimento di come quell'odio la mangiava dentro e le impediva di dormire e prima di tutto danneggiava lei e quindi la scelta di fare la meditazione sulla amorevole gentilezza verso di lui “desiderare che lui potesse essere felice” comprendendo che se lui lo fosse stato tutti loro avrebbero vissuto meglio senza però perdere la visione chiara di cosa può danneggiare lei e i suoi famigliari e la capacità di proteggersi da questo.

La pratica mindfulness rappresenta un modo attraverso il quale si può coltivare intenzionalmente la consapevolezza, sviluppando alcune abilità come quella di dirigere e sostenere un'attenzione consapevole, una minore reattività, un maggior discernimento e compassione, una capacità di riconoscere e disidentificarsi dalle proprie rappresentazioni del sé (Shapiro & Carlson, 2009/2013). Tali abilità verranno prese in considerazione per poter comprendere come possono offrire un'opportunità unica per incrementare una consapevolezza profonda, che renda possibile affrontare il dolore emotivo dovuto al lutto e alle angosce di morte, per “liberarsi” dalla sofferenza.

Lutti e perdite sono una delle principali cause di sofferenza. La perdita di una persona cara è un evento naturale con il quale tutti ci confrontiamo nella nostra vita. Anche le reazioni alla morte di una persona significativa: il pianto, la disperazione, la sofferenza, il disagio sono reazioni emotive e comportamentali normali, naturali (Perdighe & Mancini, 2010).

“Soffrire per la morte di una persona cara è come essere gettati in un fiume in piena, in balia di emozioni potenti e contraddittorie” (Ostaseski, 2011, p. 61). Il lutto si manifesta a ondate, le persone quando ne sono coinvolte spesso hanno la sensazione di aver passato un momento piacevole ma un attimo dopo, un ricordo, un’immagine che attraversa la mente può farli sentire sommersi dal dolore. L’uomo ricerca strategie, soluzioni per superare o gestire tale condizione, quando l’unica cosa da fare è arrendersi (Ostaseski, 2011).

Palliat Support Care. 2015 Feb;13(1):11-8. doi: 10.1017/S1478951513000400. Epub 2013 Jun 17.

Mindfulness in informal caregivers of palliative patients.

Kögler M1, Brandstätter M1, Borasio GD2, Fensterer V3, Küchenhoff H3, Fegg MJ1.

Author information

Abstract

OBJECTIVES:

Mindfulness is a concept of growing impact on psychotherapy and has been shown to be effective for stress reduction and to improve psychological well-being. Existential Behavioural Therapy (EBT) was developed to support relatives of palliative care (PC) patients to cope with their situation during caregiving and bereavement. Mindfulness training was a core element of the intervention. We investigated the relationship between mindfulness, mental distress, and psychological well-being in informal caregivers, and evaluated if the effects of the intervention were mediated by mindfulness.

METHODS:

Relatives of PC inpatients took part in a randomized-controlled EBT trial and completed the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised, items from the Five Facets of Mindfulness as well as the Brief Symptom Inventory, the Satisfaction with Life Scale, the WHOQOL-BREF, a numerical rating scale on quality of life (range 0-10), and the Schedule for Meaning in Life Evaluation at pre- and post-intervention, and a 3- and 12-months follow-up.

RESULTS:

One-hundred-and-thirty carers were included, most of them (71.6%) recently being bereaved at the beginning of the intervention. High correlations between mindfulness and mental distress ($r = -0.51$, $p < 0.001$) as well as life satisfaction ($r = 0.52$, $p < 0.001$) were found. Mindfulness was a significant predictor of improvement in psychological distress, meaning in life and quality of life three months after the intervention. The EBT effects were partly mediated by mindfulness.

SIGNIFICANCE OF RESULTS:

Mindfulness seems to be a promising concept in supporting informal caregivers of PC patients. Further research is needed to identify the required format and intensity of mindfulness practice necessary for improvement.

KEYWORDS:

Psychotherapy

Am J Hosp Palliat Care. 2015 Jan 27. pii: 1049909115569048. [Epub ahead of print]

Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study.

Beng TS1, Ahmad F2, Loong LC2, Chin LE2, Zainal NZ3, Guan NC3, Ann YH3, Li LM2, Meng CB4.

Author information

Abstract

A pilot study was conducted to evaluate the efficacy of 5-minute mindful breathing in distress reduction. Twenty palliative care patients and family caregivers with a distress score ≥ 4 measured by the Distress Thermometer were recruited and randomly assigned to mindful breathing or "listening" (being listened to). Median distress reductions after 5 minutes were 2.5 for the mindful breathing group and 1.0 for the listening group. A significantly larger reduction in the distress score was observed in the mindful breathing group (Mann-Whitney U test: $U = 8.0$, $n_1 = n_2 = 10$, mean rank1 = 6.30, mean rank2 = 14.70, $z = -3.208$, $P = .001$). The 5-minute mindful breathing could be useful in distress reduction in palliative care.

© The Author(s) 2015.

KEYWORDS:

distress; mindful breathing; mindfulness; palliative care; psychosocial care; suffering

PMID: 25632044 [PubMed - as supplied by publisher]

Share on Facebook Share on Twitter Share on Google+

Send to:

Am J Hosp Palliat Care. 2015 Mar;32(2):144-60. doi: 10.1177/1049909113508640. Epub 2013 Oct 18.

Mindfulness-Based Supportive Therapy (MBST): Proposing a Palliative Psychotherapy From a Conceptual Perspective to Address Suffering in Palliative Care.

Beng TS¹, Chin LE², Guan NC³, Yee A³, Wu C³, Jane LE², Meng CB⁴.

Author information

Abstract

OBJECTIVE:

To develop a mindfulness-based palliative psychotherapy to address psychoexistential suffering in palliative care.

CONCEPTUALIZATION:

First, a theory of suffering was formulated by merging 2 models of suffering from 2 thematic analyses of 20 palliative care patients and 15 informal caregivers. Second, the results from a secondary thematic analysis of suffering caused by health care interactions were conceptualized into a psychotherapy framework. Third, principles of mindfulness were incorporated into the framework to form a mindfulness-based psychotherapy.

RESULTS:

Mindfulness-based supportive therapy (MBST) was developed with the following 5 components of presence, listening, empathy, compassion, and boundary awareness.

CONCLUSION:

We believe that MBST is a potentially useful psychological intervention in palliative care, specifically designed to address psychoexistential suffering of terminally ill patients.

© The Author(s) 2013.

KEYWORDS:

mindfulness; palliative care; psychosocial care; psychotherapy; review; suffering

Palliat Support Care. 2015 Feb;13(1):11-8. doi: 10.1017/S1478951513000400. Epub 2013 Jun 17.

Mindfulness in informal caregivers of palliative patients.

Kögler M1, Brandstätter M1, Borasio GD2, Fensterer V3, Küchenhoff H3, Fegg MJ1.

Author information

Abstract

OBJECTIVES:

Mindfulness is a concept of growing impact on psychotherapy and has been shown to be effective for stress reduction and to improve psychological well-being. Existential Behavioural Therapy (EBT) was developed to support relatives of palliative care (PC) patients to cope with their situation during caregiving and bereavement. Mindfulness training was a core element of the intervention. We investigated the relationship between mindfulness, mental distress, and psychological well-being in informal caregivers, and evaluated if the effects of the intervention were mediated by mindfulness.

METHODS:

Relatives of PC inpatients took part in a randomized-controlled EBT trial and completed the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised, items from the Five Facets of Mindfulness as well as the Brief Symptom Inventory, the Satisfaction with Life Scale, the WHOQOL-BREF, a numerical rating scale on quality of life (range 0-10), and the Schedule for Meaning in Life Evaluation at pre- and post-intervention, and a 3- and 12-months follow-up.

RESULTS:

One-hundred-and-thirty carers were included, most of them (71.6%) recently being bereaved at the beginning of the intervention. High correlations between mindfulness and mental distress ($r = -0.51$, $p < 0.001$) as well as life satisfaction ($r = 0.52$, $p < 0.001$) were found. Mindfulness was a significant predictor of improvement in psychological distress, meaning in life and quality of life three months after the intervention. The EBT effects were partly mediated by mindfulness.

SIGNIFICANCE OF RESULTS:

Mindfulness seems to be a promising concept in supporting informal caregivers of PC patients. Further research is needed to identify the required format and intensity of mindfulness practice necessary for improvement.

KEYWORDS:

Psychotherapy

Int J Palliat Nurs. 2009 Aug;15(8):405-11.

Core attitudes of professionals in palliative care: a qualitative study.

Simon ST1, Ramsenthaler C, Bausewein C, Krischke N, Geiss G.

Author information

Abstract

INTRODUCTION:

Self-awareness of one's own reactions towards patients and their relatives is of paramount importance for all professionals in palliative care. 'Core attitude' describes the way in which a person perceives himself and the world, and forms the basis for his actions and thoughts.

OBJECTIVE:

The aim of this study is to explore what core attitude means for palliative care professionals and whether there is a specific core attitude in palliative care.

METHODS:

Qualitative study with 10 face-to-face in-depth interviews with experts in palliative care (nurses, physicians, social workers, psychologists, chaplain) in Germany.

RESULTS:

Core attitude in palliative care can be best described with the following three domains: 1) personal characteristics; 2) experience of care; and 3) competence in care.

Authenticity is the most important characteristic of professionals, along with honesty and mindfulness. Core attitude primarily becomes apparent in the relationship with the patient. Perception and listening are key competences. The experts emphasized the universality of the core attitude in the care of ill people. They stressed the importance and relevance of teaching core attitudes in palliative care education.

CONCLUSION:

In the field of palliative care, core attitude consists predominately of authenticity, manifests itself in relationships, and requires a high degree of perceptiveness.

PMID: 19773705 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[Help](#)

Result Filters

[Abstract](#)

[Send to:](#)

[J Gen Intern Med.](#) 2005 Dec;20(12):1136-8.

A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain.

[Plews-Ogan M1](#), [Owens JE](#), [Goodman M](#), [Wolfe P](#), [Schorling J](#).

Author information

Abstract

BACKGROUND:

Mindfulness-based stress reduction (MBSR) and massage may be useful adjunctive therapies for chronic musculoskeletal pain.

OBJECTIVE:

To evaluate the feasibility of studying MBSR and massage for the management of chronic pain and estimate their effects on pain and mood.

DESIGN:

Randomized trial comparing MBSR or massage with standard care.

PARTICIPANTS:

Thirty patients with chronic musculoskeletal pain.

MEASUREMENTS:

Pain was assessed with 0 to 10 numeric rating scales. Physical and mental health status was measured with the SF-12.

RESULTS:

The study completion rate was 76.7%. At week 8, the massage group had average difference scores for pain unpleasantness of 2.9 and mental health status of 13.6 compared with 0.13 ($P<.05$) and 3.9 ($P<.04$), respectively, for the standard care group. These differences were no longer significant at week 12. There were no significant differences in the pain outcomes for the MBSR group. At week 12, the mean change in mental health status for the MBSR group was 10.2 compared with -1.7 in the standard care group ($P<.04$).

CONCLUSIONS:

It is feasible to study MBSR and massage in patients with chronic musculoskeletal pain. Mindfulness-based stress reduction may be more effective and longer-lasting for mood improvement while massage may be more effective for reducing pain.

PMID: 16423104 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMCID: PMC1490272 [Free PMC Article](#)

Am J Hosp Palliat Care. 2015 Jan 27. pii: 1049909115569048. [Epub ahead of print]

Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study.

Beng TS1, Ahmad F2, Loong LC2, Chin LE2, Zainal NZ3, Guan NC3, Ann YH3, Li LM2, Meng CB4.

Author information

Abstract

A pilot study was conducted to evaluate the efficacy of 5-minute mindful breathing in distress reduction. Twenty palliative care patients and family caregivers with a distress score ≥ 4 measured by the Distress Thermometer were recruited and randomly assigned to mindful breathing or "listening" (being listened to). Median distress reductions after 5 minutes were 2.5 for the mindful breathing group and 1.0 for the listening group. A significantly larger reduction in the distress score was observed in the mindful breathing group (Mann-Whitney U test: $U = 8.0$, $n_1 = n_2 = 10$, mean rank1 = 6.30, mean rank2 = 14.70, $z = -3.208$, $P = .001$). The 5-minute mindful breathing could be useful in distress reduction in palliative care.

© The Author(s) 2015.

KEYWORDS:

distress; mindful breathing; mindfulness; palliative care; psychosocial care; suffering

PMID: 25632044 [PubMed - as supplied by publisher]

Share on Facebook Share on Twitter Share on Google+

Send to:

Qual Health Res. 2005 Dec;15(10):1329-44.

Mindfulness in hospice care: practicing meditation-in-action.

Bruce A1, Davies B.

Author information

Abstract

In this interpretive study, the authors explore the experience of mindfulness among hospice caregivers who regularly practice mindfulness meditation at a Zen hospice. They explore meditative awareness constituted within themes of meditation-in-action, abiding in liminal spaces, seeing differently, and resting in groundlessness. By opening into nonconceptual, paradoxical, and uncertain dimensions of experience, hospice caregivers cultivate internal and external environments in which direct experience is increasingly held without judgment. This inquiry points to in-between spaces of human experience wherein mindfulness fosters openness and supports letting go, and creating spaces for whatever is happening in attending the living-and-dying process.

PMID: 16263915 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[Share on Facebook](#)[Share on Twitter](#)[Share on Google+](#)

Palliat Support Care. 2015 Feb;13(1):11-8. doi: 10.1017/S1478951513000400. Epub 2013 Jun 17.

Mindfulness in informal caregivers of palliative patients.

Kögler M1, Brandstätter M1, Borasio GD2, Fensterer V3, Küchenhoff H3, Fegg MJ1.

Author information

Abstract

OBJECTIVES:

Mindfulness is a concept of growing impact on psychotherapy and has been shown to be effective for stress reduction and to improve psychological well-being. Existential Behavioural Therapy (EBT) was developed to support relatives of palliative care (PC) patients to cope with their situation during caregiving and bereavement. Mindfulness training was a core element of the intervention. We investigated the relationship between mindfulness, mental distress, and psychological well-being in informal caregivers, and evaluated if the effects of the intervention were mediated by mindfulness.

METHODS:

Relatives of PC inpatients took part in a randomized-controlled EBT trial and completed the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised, items from the Five Facets of Mindfulness as well as the Brief Symptom Inventory, the Satisfaction with Life Scale, the WHOQOL-BREF, a numerical rating scale on quality of life (range 0-10), and the Schedule for Meaning in Life Evaluation at pre- and post-intervention, and a 3- and 12-months follow-up.

RESULTS:

One-hundred-and-thirty carers were included, most of them (71.6%) recently being bereaved at the beginning of the intervention. High correlations between mindfulness and mental distress ($r = -0.51$, $p < 0.001$) as well as life satisfaction ($r = 0.52$, $p < 0.001$) were found. Mindfulness was a significant predictor of improvement in psychological distress, meaning in life and quality of life three months after the intervention. The EBT effects were partly mediated by mindfulness.

SIGNIFICANCE OF RESULTS:

Mindfulness seems to be a promising concept in supporting informal caregivers of PC patients. Further research is needed to identify the required format and intensity of mindfulness practice necessary for improvement.

KEYWORDS:

Psychotherapy

Le persone spesso soffrono, perché confondono fatti o eventi con problemi da risolvere.

Le complicazioni nel processo di accettazione⁶ nascono perché si tende a trattare un particolare evento come una questione aperta, a cui trovare una soluzione (mi arrabbio con

il destino e cerco una risposta al senso di ingiustizia per la mia perdita, ritengo il lutto insopportabile e tento di capire come eluderlo) (Perdighe & Mancini, 2010).

“Accettare è un processo che in sé, per definizione, implica una dinamica interna di “resistenza” e rifiuto, intendendo con ciò il desiderio del soggetto di non credere, di non volere che l’evento oggetto dell’accettazione si sia verificato. In questo senso accettare significa prendere atto di qualcosa che non si può far altro che accettare, ovvero prendere atto di un

La malattia e il lutto non sono problemi da risolvere ma esperienze, fatti. L'unica cosa da fare è vivere il dolore, abbracciarlo, non si supera ma si attraversa, non è possibile individuare un modo giusto di vivere il lutto, non è possibile rintracciare percorsi o tempi definiti secondo i quali il lutto si sviluppa e si conclude ma ci sono fasi ben riconoscibili.

Tra gli autori e i clinici che si sono occupati di lutto durante il XX secolo, da Freud in poi, c'è accordo nel ritenere che il processo di elaborazione del lutto attraversa alcune fasi che riguardano le dinamiche mentali delle persone che si trovano a dovere affrontare una perdita significativa (Freud, 1989; Kubler-Ross 1990; Parkes, 1980).

Frank Ostaseski (2011), una delle voci principali nel campo dell'assistenza consapevole al fine vita, nel suo libro Saper accompagnare ha elaborato un modello di descrizione sul processo del lutto, concettualmente in linea con le fasi individuate dalla dottoressa Elisabeth Kubler Ross. Nell'esperienza di perdita, si riconoscono tre fasi (Ostaseski, 2011):

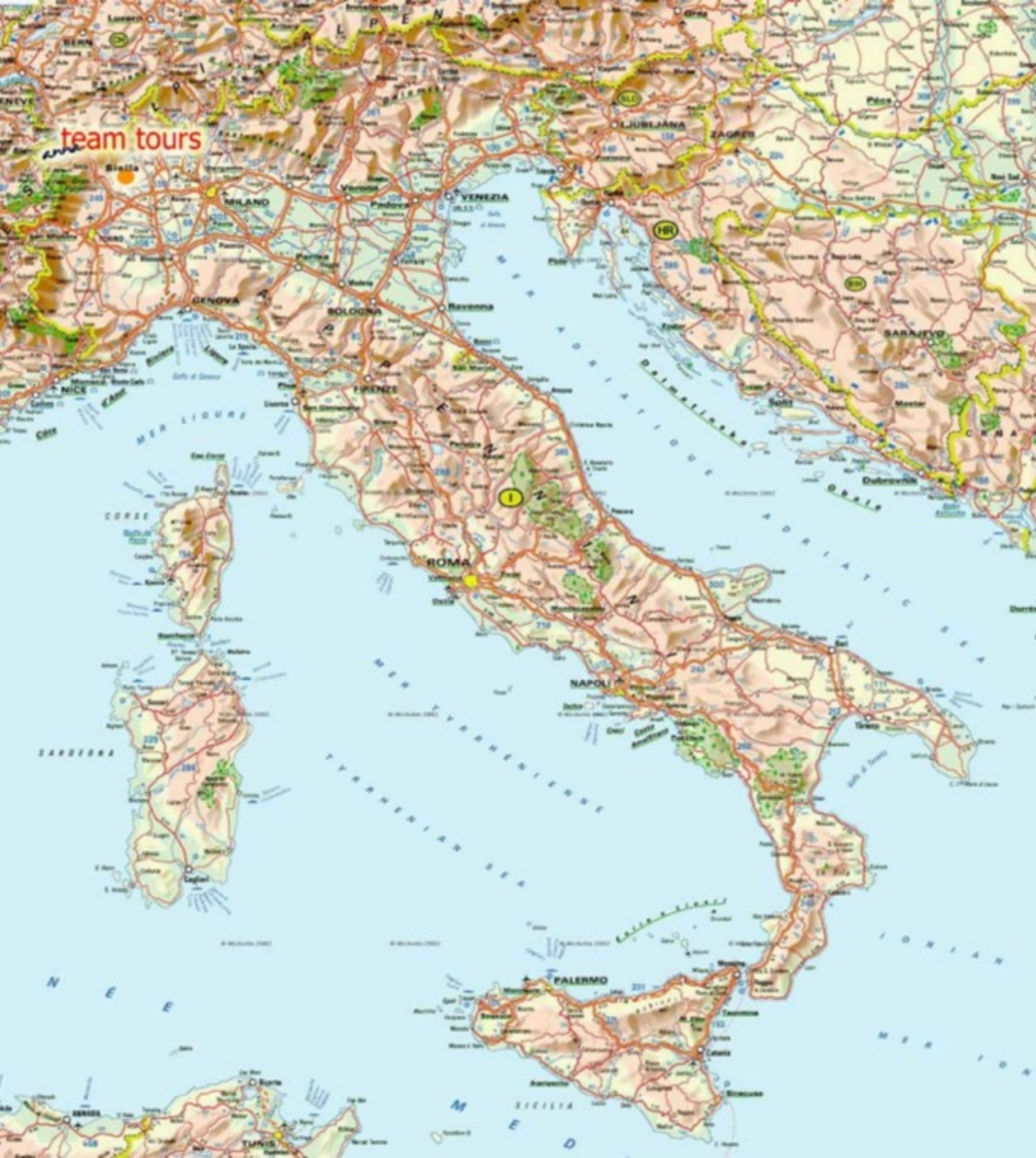
IL LUTTO

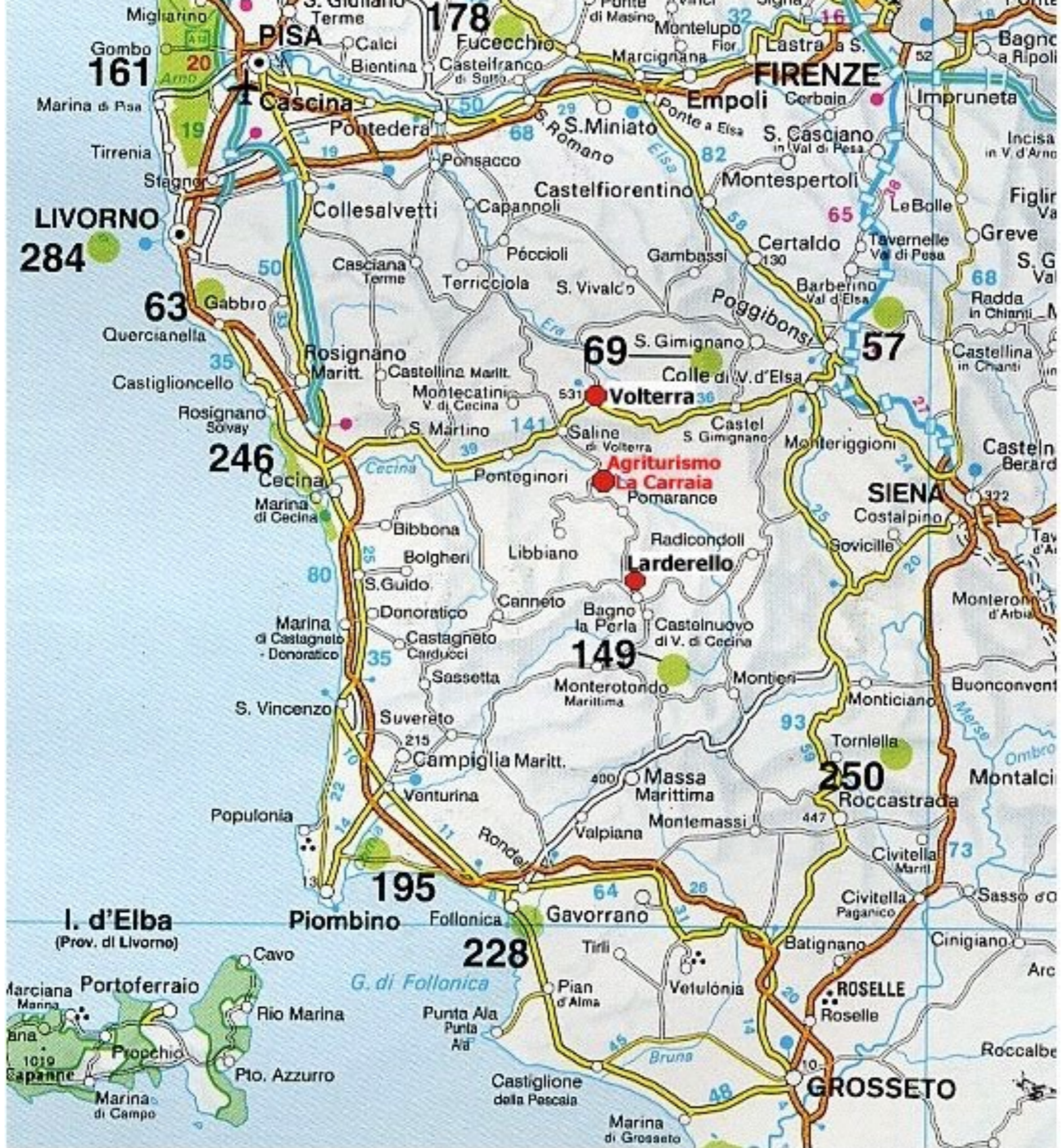
MAPPE E TERRITORIO:

**IL BAMBINO RE DEL POPOLO
DEL VULCANO**



team tours







Mio modo di lavorare



Mappa e territorio: condivisione del territorio



**Condivisione(non scientifica dell'esperienza) nella s
che aiuti a chiarire alcuni passaggi della mappa**

MAPPE



MAPPE

Il percorso del lutto

Il percorso del lutto

●PER STADI:

–I 5 STADI di adattamento (Kübler-Ross)

●PER FASI:

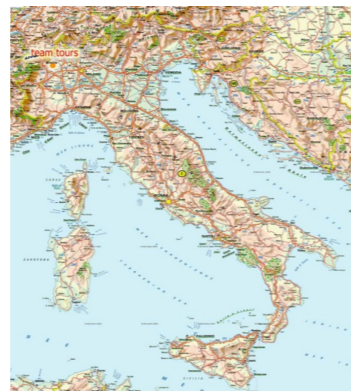
–Le fasi del lutto (Parkes, Bowlby)

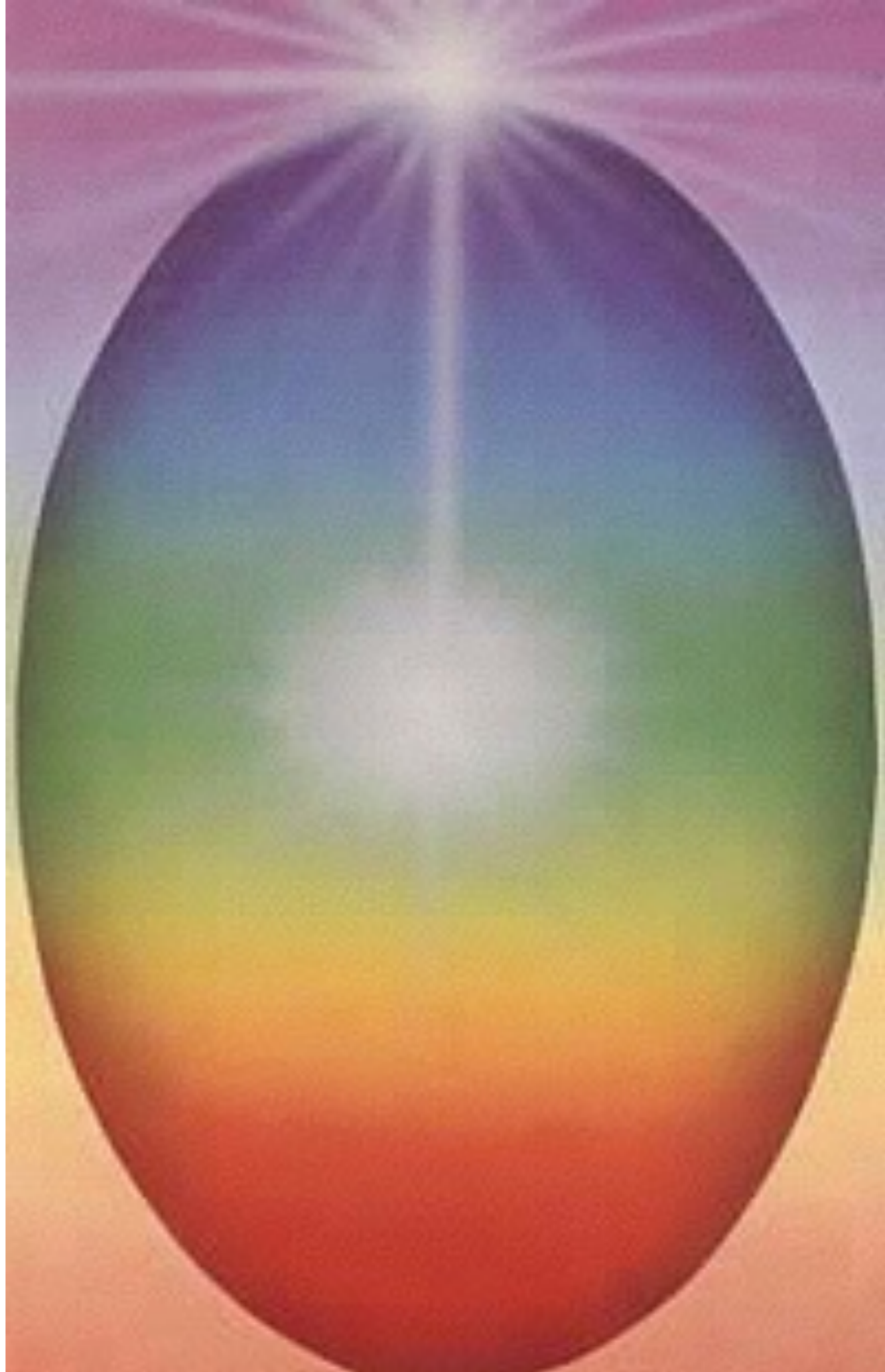
●PER OBIETTIVI:

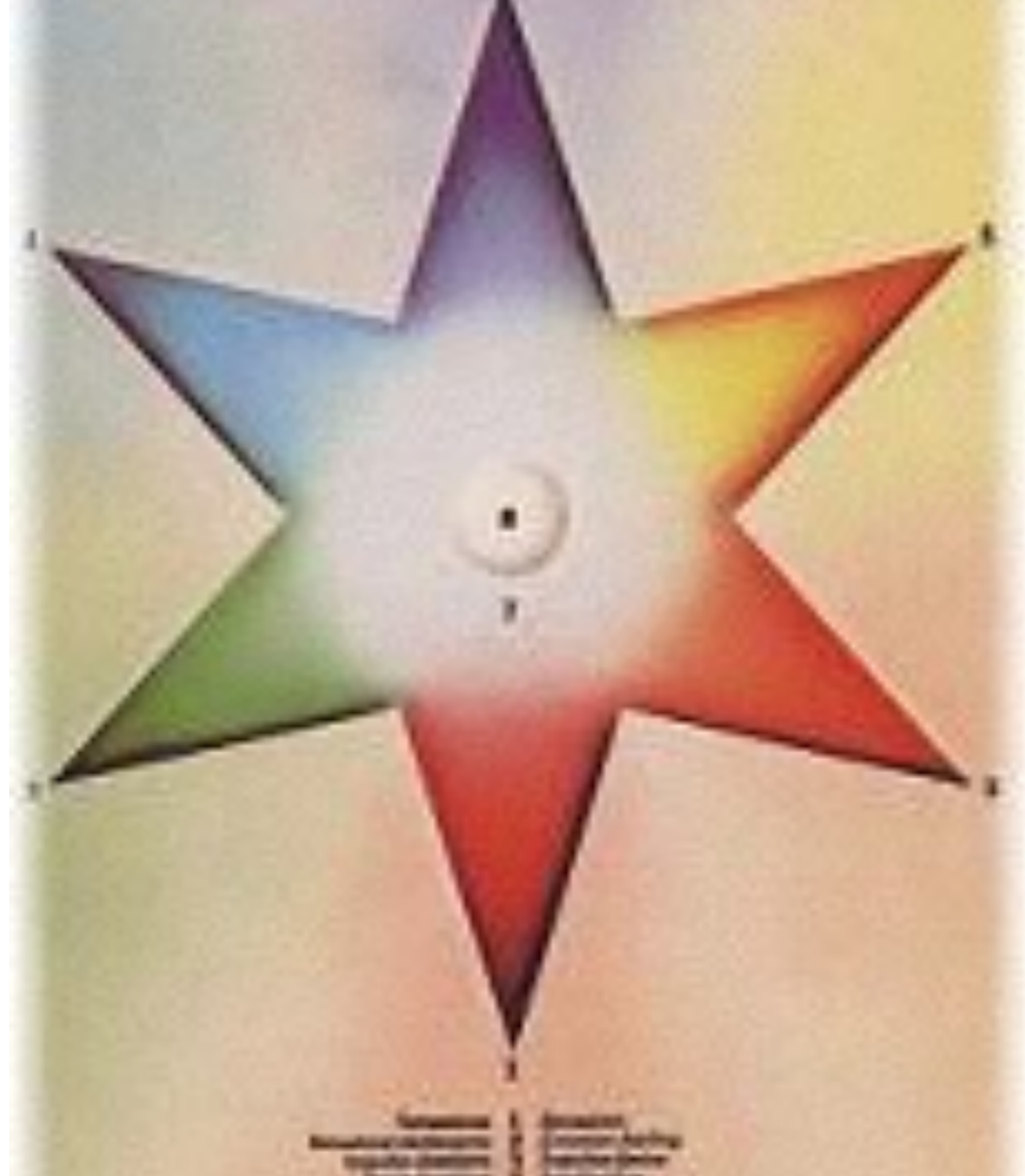
–Gli obiettivi dell'elaborazione del lutto (Worden)

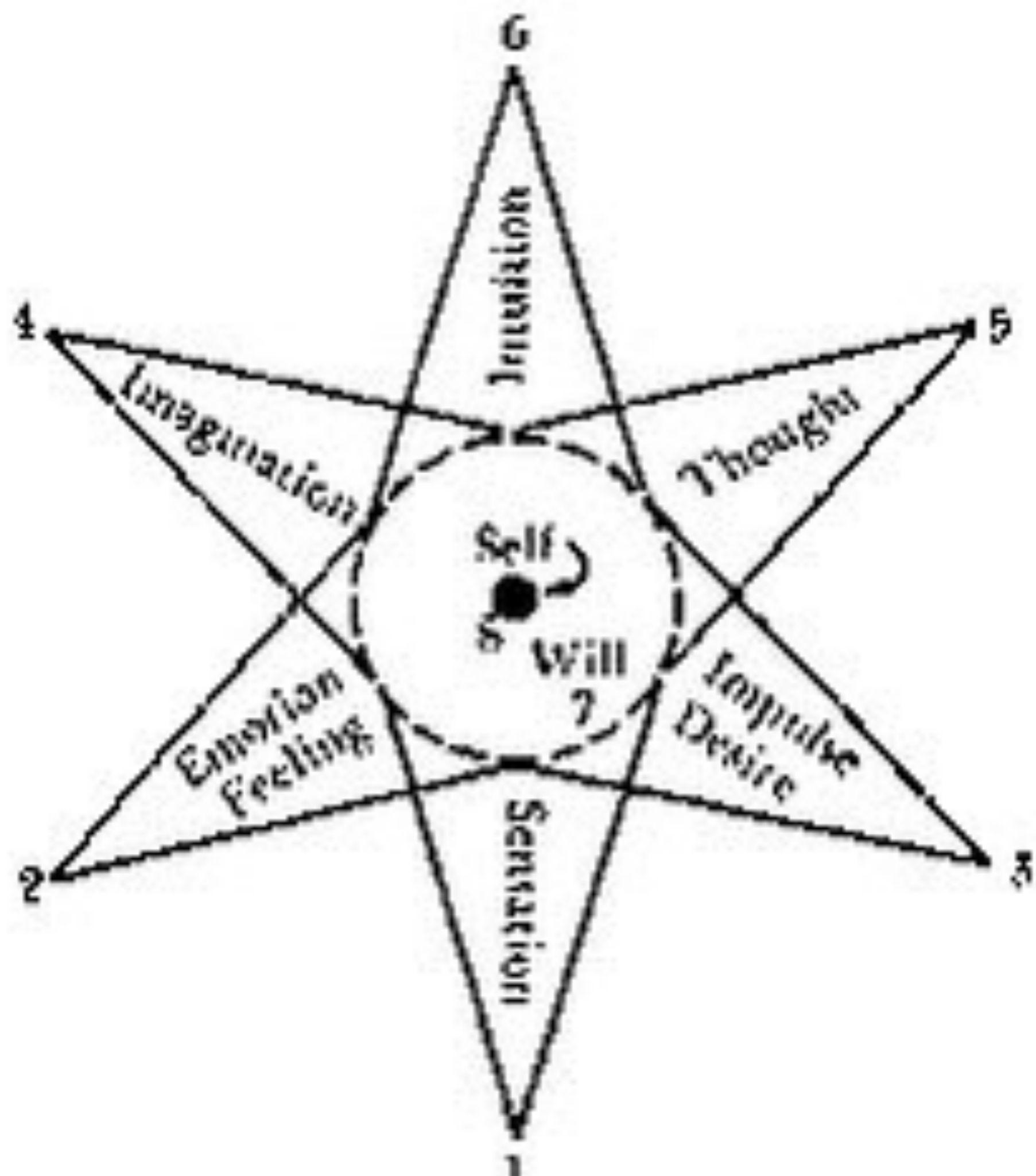
●PER REAZIONI

–Le reazioni psicologiche (Horowitz)









Lutto e perdita

REAZIONE ALLA SEPARAZIONE (età infantile)

Fase di allarme/protesta	Fase di disperazione/rabbia	Fase di depressione	Fase di riorganizzazione
-----------------------------	--------------------------------	------------------------	-----------------------------



REAZIONE ALLA PERDITA (LUTTO) (età adulta)

Fase di shock/incredulità	Fase di disperazione/rabbia	Fase di depressione	Fase di accettazione
------------------------------	--------------------------------	------------------------	-------------------------

Gli “stadi” del lutto

Kübler-Ross

- Negazione (Shock e stordimento per la morte, ricerca nel proprio ambiente di rumori o presenze del proprio caro)
- Patteggiamento (Sperare nel ritorno del proprio caro, fare promesse affinché questo possa accadere)
- Rabbia (Frustrazione, rabbia verso il destino, il mondo, gli altri)
- Depressione (Profonda tristezza e dolore per la realtà e irrimediabilità morte)
- Accettazione (Riorganizzazione e ritorno alla vita conservando i ricordi, senza che questo determini un dolore insopportabile)

Le “fasi” del lutto

Parke

- Negazione ed evitamento della perdita
- Reazione di allarme (ansia, irrequietezza, lamentele somatiche)
- Ricerca irrazionale a cercare la figura perduta
- Rabbia e colpa
- Sensazione di vuoto interiore
- Adozione di tratti o gesti del defunto
- Accettazione e risoluzione della perdita

Gli “obiettivi” del lutto

Worden

- ACCETTARE LA REALTÀ DELLA PERDITA
 - Consapevolezza dell'evento della morte e del significato emozionale della morte
 - Accettazione del fatto che la morte è irreversibile
- ELABORAZIONE DEL DOLORE

La “reazione” alla perdita

Horowitz

- Protesta (paura, tristezza, rabbia)
- Negazione (rifiuto di pensare a quanto accaduto)
- Intrusione (pensieri ricorrenti relativi all'evento)
- Elaborazione (accettazione della realtà dell'evento)
- Completamento (ritorno alla realtà e alla vita)

I fattori determinanti del lutto

- Chi era la persona
- La natura della relazione (di attaccamento)
 - Intensità e sicurezza della relazione
 - Caratteristiche della relazione (ambivalenza, conflittualità)
- Natura della morte (come e dove)
- Precedenti anamnestici
- Variabili di personalità e socio-culturali
- Eventi stressanti concomitanti

Le reazioni normali al lutto

● SENTIMENTI

- Shock, Rabbia, Tristezza, , Colpa, Ansia, Solitudine, Vuoto, Struggimento, Disperazione

● SINTOMI FISICI

● PENSIERI e PERCEZIONI

- Incredulità, Confusione, Preoccupazione, Allucinazioni, Senso di presenza

● COMPORTAMENTI

- Disturbi del sonno, disturbi dell'appetito, Ritiro sociale, Inibizione o iperattività, Pianto, Raccogliere oggetti del defunto, Visitare luoghi cari al defunto

Lutto e depressione maggiore

LUTTO FISIOLOGICO

- Evento di perdita presente e attuale
- Reazione inizialmente intensa, quindi variabile
- Umore labile, con tristezza, pianto aumentato dal pensare alla perdita
- Rabbia spesso espressa
- Ideazione con preoccupazione, transitori stati confusionali e pensieri suicidari

EPIODIO DEPRESSIVO

- Evento non sempre evidenziabile
- Reazione intensa e persistente
- Umore persistentemente abbassato e sintomi di durata elevata
- Rabbia repressa e rivolta verso di sé
- Disperazione, inutilità, idee suicidarie persistenti, colpevolizzazione e autoaccuse

Lutto e depressione

LUTTO FISIOLOGICO

- Ritiro dalle attività di durata non eccessiva
- Disturbi del sonno variabili e periodici
- Immaginazione vivida, con sogni e fantasie diurne rivolte al proprio caro
- Ricerca di conforto, con sensazione di maggior benessere alla rassicurazione
- Storia personale solitamente negativa per disturbi psichici

EPIODIO DEPRESSIVO

- Ritiro pressoché totale, perdita del piacere in tutte o quasi tutte le attività
- Persistente insonnia, in particolare risveglio precoce mattutino
- Immaginazione povera, con ruminazioni autopunitive
- Assente, con sensazione di "inaiutabilità" diffusa
- Anamnesi frequentemente positiva per altri episodi depressivi nel passato

Il lutto complicato (patologico)

- Il pensiero psicoanalitico (es., Freud, Abraham) indica che il lutto può essere anche patologico, con presenza di:
 - Episodi di panico
 - Ostilità verso se stessi
 - Regressione verso preoccupazioni narcisistiche
 - Riduzione dell'autostima
- La internalizzazione di attributi della persona deceduta, in presenza di una relazione ambivalente con la stessa rappresenta il fattore causale del lutto patologico

Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement

HENK SCHUT, Ph.D. and MARGARET S. STROEBE, Ph.D.

ABSTRACT

This paper reviews quantitative evaluations of the efficacy of intervention programs designed to reduce the pain and suffering associated with bereavement. After identifying the psychological and physical health impacts of bereavement and outlining the prevalence of detrimental outcomes, we conclude that a minority of bereaved persons experience severe and sometimes lasting consequences, whereas the majority manage to overcome their grief across the course of time. We detail criteria for establishing the efficacy of bereavement intervention and examine the impact of intervention according to these stringent criteria. We critically examine previous reviews and summarize their conclusions. Using a narrative review approach, we apply a public health framework to organize intervention programs into primary, secondary, and tertiary prevention strategies. A comprehensive, updated review of empirical studies in these categories leads to the following conclusions: Routine intervention for bereavement has not received support from quantitative evaluations of its effectiveness and is therefore not empirically based. Outreach strategies are not advised, and even provision of **intervention for those who believe that they need it and who request it should be carefully**

Clinical Psychology Review, Vol. 19, No. 3, pp. 275–296, 1999

Copyright © 1999 Elsevier Science Ltd

Printed in the USA. All rights reserved

0272-7358/99/\$—see front matter

PII S0272-7358(98)00064-6

A SYNTHESIS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR THE BEREAVED

Pamela M. Kato and Traci Mann

Stanford University

ABSTRACT.

Several interventions have been implemented to address the adverse psychological and physical consequences associated with bereavement. In this review, we summarize four major theories of bereavement, present a qualitative review of bereavement intervention studies, and assess the overall effectiveness of bereavement intervention studies in a quantitative meta-analysis. Summaries of the theories are drawn from published theoretical works. The qualitative and quantitative reviews were based on searches of Medline, PsychINFO, and Dissertation Abstracts International databases using the keywords “bereaved” and “bereavement.” Overall, the interventions were largely methodologically flawed, rarely specified what theory of bereavement they were testing, and showed surprisingly weak effect sizes. Possible interpretations for the small effect sizes are dis-

IL TERRITORIO

